

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

Ülle Tammsaar

**PATSIENTIDE HINNANGUD ÕDEDE PATSIENDIKESKSUSELE  
STATSIONAARSETES ORTOPEEDIA JA TRAUMATOLOOGIA OSAKONDADES**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2013

**Juhendajad:**

**Airin Treiman-Kiveste, RN, MSc**

---

/allkiri/

---

/kuupäev/

**Ilme Aro, RN, MSc**

---

/allkiri/

---

/kuupäev/

Otsus kaitsmisele lubamise kohta: \_\_\_\_\_

---

/TÜ AROT nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev/

# LITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA LÕPUTÖÖ KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Ülle Tammsaar,

(10.04.1969)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Patsientide hinnangud õdede patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades“, mille põhijuhendaja on Airin Treiman-Kiveste ja kaasjuhendaja Ilme Aro:

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates **01.09.2014** kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartu 07.06.2013

## KOKKUVÕTE

### **Patsientide hinnangud õdede patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades**

Patsiendikesksus, mis keskendub patsiendile ja tema lähedastele, on saanud oluliseks väljakutseks nii Eestis kui ka mujal maailmas. Tervishoius on üha enam hakatud arvestama patsientide endi hinnangutega patsiendikesksusele, mis mujal maailmas on olnud enamasti positiivsed. Samas on ilmnenud puudujääke patsiendiõigustest kinnipidamises, neile privaatsuse tagamises, individuaalsusega arvestamises, omavahelises koostöös ja lähedaste kaasamises. Eestis puudub tõenduspõhine teave patsiendikesksust ortopeedia ja traumatoloogia osakondade patsientide vaatekohast. Samas oleneb nende taastumine ja edasine toimetulek just õdede tegevustest patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel, patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel ning võrdväärse suhte tagamisel.

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli kirjeldada statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade patsientide hinnanguid õdede patsiendikesksusele ning selgitada seoseid patsientide hinnangute ja taustamuutujate vahel. Uurimistöö on kvantitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Käepärase valimi moodustasid regionaal- ja keskhaiglate ortopeedia ja traumatoloogia osakondade täiskasvanud patsiendid ( $n = 310$ ). Andmed kogusin 10.09.-14.11.2012 küsimustikuga *Client-Centeredness in nursing Care* (vastamismäär 98,4%). Statistiliseks analüüsimiseks kasutasin andmetöötlusprogrammi SPSS 20,0. Andmete analüüsimeetoditena kasutasin kirjeldavat statistikat, Fisheri täpset testi ja Spearmani korrelatsioonianalüüsi.

Uurimistulemustest selgus, et kõige sagedamini kogesid patsiendid õdede ausust ja meeldivat, turvalist keskkonda. Patsientide hinnangul põhines õendusabi nende individuaalsetel ootustel ja vajadustel. Samas ei lähtunud õed alati patsientide õigustest ja privaatsuse tagamisest. Nende hinnangul ei olnud õdede tegevused piisavad koostöös, juhendamises, dokumenteerimises ja tagasisidestamises. Kõige harvem aga kaasati lähedasi patsientide hooldusesse ja ravisse. Õdede tegevusi patsiendikesksuse tagamisel kogesid sagedamini plaanilised naispatsiendid. Uurimistulemustest võib järeldada, et patsiendikesksuse saavutamiseks tuleb tõsta õdede teadlikkust seadusandlusest, koostööst patsiendi ja tema lähedastega ning tõhustada tagasiside saamise korda.

Märksõnad: patsiendikesksus, patsientide hinnang, ortopeedia osakond, traumatoloogia osakond.

## **SUMMARY**

### **Patients evaluation to the patient-centeredness of nurses at stationary orthopaedics and traumatology departments**

Patient-centeredness, focusing on the patient and their close ones, has become an important challenge in Estonia and elsewhere in the world. In health care, there has been increasingly begun to consider patients own feedback to patient-centeredness which elsewhere in the world has been mostly positive. However, shortcomings has been revealed in adherence of patient rights, in ensuring them the privacy, in considering individuality, in cooperation with each other and in engaging the close ones. In Estonia, there's no evidence-based information about patient-centeredness from the perspective of patients of orthopaedics and traumatology departments. Yet, the rehabilitation and further coping of patients depends on the activities of the nurses in implementing the patient-centered core values and keeping patient-friendly atmosphere, equal relationship.

The aim of the current study was to describe the evaluations of the patients of the stationary orthopaedics and traumatology departments to the nurses patient-centeredness and explore the connections between patients evaluations and background variables. It is a quantitative, empirical and descriptive study. A convenient sample was made of the adult patients (n=310) of the orthopedics and traumatology departments of central and regional hospitals. The data was collected 10.09.-14.11.2012 by questionnaires "Client-Centeredness in nursing Care" (response ratio 98.4%). For statistical analysis SPSS 20.0 software was used. Analysis method was descriptive statistics, Fisher's exact test and Spearman's correlation analysis.

From the study results it appears that most often the patients experienced nurses' honesty and a pleasant, secure environment. According to patients' evaluation, nursing was based on their individual expectations and needs. At the same time the nurses not always respected the patients' rights and privacy. Nurses' activities were not sufficient in cooperation, instruction, documenting and feedback. Patient's close ones were involved in the treatment and care the least. Nurses' activities in keeping patient-centeredness were more experienced by scheduled female patients. Of results of the research may be concluded that for increasing patient-centeredness must raise nurses awareness of legislation, of cooperation with patient and his/her close ones and enhance the procedure for obtaining feedback.

Keywords: patient-centeredness, patients evaluation, orthopaedics department, traumatology department

## SISUKORD

### LITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA LÕPUTÖÖ KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

### KOKKUVÕTE

### SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	9
2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST .....	11
2.1. Patsient ortopeedia ja traumatoloogia osakonnas .....	11
2.2. Patsiendikesksus .....	12
2.3. Patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamine .....	13
2.4. Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine .....	15
2.5. Õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamine .....	17
2.6. Seosed patsientide hinnangute ja taustamuutujate vahel .....	20
3. METOODIKA.....	22
3.1. Metodoloogilised lähtekohad .....	22
3.2. Uuritavad .....	23
3.3. Andmete kogumine.....	24
3.4. Andmete analüüs .....	25
3.5. Mõõdiku valiidsuse ja reliaabluse hindamine .....	27
4. TULEMUSED.....	30
4.1. Patsientide demograafilised andmed .....	30
4.2. Haiglas viibimisega seotud teave .....	30
4.3. Patsientide hinnangud õdede patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades.....	31
4.3.1. Patsientide hinnangud õdede tegevusele patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel.....	31
4.3.2. Patsientide hinnangud õdede tegevusele patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel .....	32
4.3.3. Patsientide hinnangud õdede tegevusele õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel .....	33
4.3.4. Seosed patsientide hinnangute ja taustamuutujate vahel .....	35
5. ARUTELU .....	36
5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega .....	36
5.2. Eetilised aspektid.....	40
5.3. Tulemuste usaldusväärsus .....	41

5.4. Uurimistöö kitsaskohad .....	42
5.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus .....	43
5.6. Uued uurimisprobleemid .....	44
6. JÄRELDUSED.....	46
KASUTATUD KIRJANDUS .....	48

#### LISAD:

Lisa 1. Kliendikesksus õendustöös (KKÕT) (*Client-Centeredness in Nursing Care (CCNC)*) – eestikeelne küsimustik patsiendile

Lisa 2. *Сосредоточенность на клиенте в работе сестры* – venekeelne küsimustik patsiendile

Lisa 3. Kirjalik luba mõõdiku kasutamiseks

Lisa 4. TÜ Inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks



## 1. SISSEJUHATUS

Patsiendikesksus on saanud üheks olulisemaks väljakutseks nii Eestis („Õendusala arengukava...2015“, „Kaheksa sammu inimese...2020“) kui ka mujal maailmas (*International Alliance of Patients`...*(IAPO) 2006). Läbi patsiendikesksuse on võimalik muuta õendusabi kvaliteetsemaks ja saavutada seeläbi patsiendi üldine heaolu ning suurem rahulolu õendusabiga (McCormack ja McCance 2010: 120, Morgan ja Yoder 2012). Patsientide endi tähtsust patsiendikesksuse hindajana on rõhutatud nii tervishoiupoliitikas kui ka seadusandluses (Eesti Patsientide Esindusühing (EPE), *European charter of patients`...*2002, IAPO 2006).

McCormack ja McCance (2010: 3, 36-38) ning McCance jt (2008) rõhutavad, et persoonikeskse õenduse fundamentaalseks aluseks on õe ja patsiendi omavaheline suhe, mis väljendub erinevate tegevuste näol ning mida mõjutavad õe omadused, füüsiline ja psühhosotsiaalne keskkond. Tarvidust patsiendikeskse lähenemisviisi järele tunnevad kõik patsientide grupid. Sinna hulka kuuluvad ka ortopeedia ja traumatoloogia erialast õendusabi vajavad patsiendid, kes tervislikust seisundist või vanusest lähtuvalt ei suuda ega oska alati oma ootusi ja vajadusi piisavalt väljendada. Samas sõltub nende edasine toimetulek ja elukvaliteet just õdede tegevustest patsiendikesksuse tagamisel. (Suhonen jt 2005b, Olsson jt 2007a, Suhonen ja Leino-Kilpi 2010, Wong jt 2010, Suhonen jt 2012.)

Patsiendikesksuse põhiväärtustega arvestamine on õendusfilosoofia üks aluseid ja patsiendikesksust iseloomustavaid mõtte- ja tegevusviise, kuid ortopeedia ja traumatoloogia osakondades töötavad õed ei lähtu alati sellest põhimõttest (Nordgren ja Fridlund 2001, Woogara 2005, Berg jt 2007, Henderson jt 2007, Olsson jt 2007b, Suhonen jt 2012). Ehkki patsiendid peavad oluliseks õdede tegevusi patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel, esineb probleeme neile turvalisuse ja emotsionaalse toetuse pakkumisega (Schmidt 2003, Henderson jt 2007, Lee jt 2007, Oflaz ja Vural 2010). Varasematele uurimistöodele tuginedes võib väita, et patsientide hinnangul ei pea õed alati oluliseks ka õe-patsiendi vahelise suhtlemise tähtsust ja tähendust patsiendi jaoks (Tutton jt 2008, Oflaz ja Vural 2010). Kuigi patsiendid soovivad olla kuulatud, ei tee õed tegelikkuses vahet kuulmisel ja kuulamisel (Lymer ja Richt 2006). Patsientide sõnul toetavad õed harva nende harjumuspäraseid tegevusi ning õendusabi osutamisel ei pea oluliseks mõista seda, mida tähendab haigus patsiendi jaoks (Berg jt 2007, Land ja Suhonen 2009). Patsientide vajadusi ja neile osutatud õendusabi ei hinnata süstemaatiliselt (Idvall ja Berg 2008) ning neile antav teave ei ole alati piisav terviseprobleemidega toime tulemiseks (Johansson 2002a).

Ortopeedia eriala arengukava (2000) kohaselt suureneb aasta-aastalt komplitseeritud traumajuhtude ja osteoporootiliste luumurdude osakaal. Seoses vanuse suurenemisega näitab tõusutendentsi ka alajäseme ja lülisamba liigete osteoartroosi esinemissagedus. Sellest tulenevalt vajab üha enam inimesi ortopeedia ja traumatoloogia alast eriarsti- ja õendusabi. Nende taastumine haigustest või traumadest nõuab aga erinevat lähenemisviisi, samas erakordset hoolimist, kannatlikkust ja kvaliteetset õendusabi (Lymer ja Richt 2006, Hayes ja Tyler-Ball 2007, Silvestri jt 2008, Tutton jt 2008, Land ja Suhonen 2009, Suhonen ja Leino-Kilpi 2010, Berg jt 2012). Seega on ortopeedia ja traumatoloogia patsientide hinnang õdede tegevuste kohta oluline, hindamaks patsiendikesksust Eestis. Eesti patsientide vaatekohast pärinevad teadmised patsiendikesksusest üksnes eakate hooldusravi valdkonnast (Bruus 2009, Šteinmiller 2009). Minule teadaolevalt ei ole siiani statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades patsientide hinnanguid õdede patsiendikesksusele varem uuritud, seega puudub antud valdkonnas sellest tõenduspõhine teave.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada statsionaarsete ortopeedia ja traumatoloogia osakondade patsientide hinnanguid õdede patsiendikesksusele ning selgitada seoseid patsientide hinnangute ja taustamuutujate vahel. Eesmärgist tulenevad järgmised uurimisküsimused:

1. Kuidas hindavad patsiendid õdede tegevust patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel?
2. Kuidas hindavad patsiendid õdede tegevust patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel?
3. Kuidas hindavad patsiendid õdede tegevust õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel?
4. Millised on seosed patsientide hinnangute ja taustamuutujate vahel?

## 2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST

### 2.1. Patsient ortopeedia ja traumatoloogia osakonnas

Nii ortopeedia kui ka traumatoloogia kuuluvad kirurgia erialade hulka. Mõlema valdkonna puhul domineerivad kirurgiline trauma, muutused patsiendi kehapildis, sotsiaalsed muutused tema elus, eraldatus lähedastest, traumast tekitatud ootamatu kahju või eluohtlik olukord. Kuna traumatoloogiat käsitletakse ortopeedia ühe alamkategooriana, siis haiglasüsteemis kuuluvad tugi- ja liikumisaparaadi vigastustega patsiendid enamjaolt ortopeedia osakondade koosseisu. (Santy 2000.) Lisaks eespool öeldule ühendab **ortopeedia ja traumatoloogia osakondi** (*orthopaedics and traumatology departments*) sarnane eesmärk: aidata patsiendil vabaneda valulikkusest, parandada liikumisulatust ja patsiendi toimetulekut, ennistada patsient tööle/kooli ning vähendada vaegurlusega seotud sotsiaalseid kulusid (Ortopeedia eriala arengukava 2000). Samal ajal tuleb ortopeedia ja traumatoloogia osakondades töötaval õenduspõltsilil aga arvestada oma tegevuste juures kahe teineteisest erineva **patsientide** (*patient*) sihtgrupiga.

**Ortopeediaalast** õendusabi vajavatel **patsientidel** on pikaajaliselt ette planeeritud ravi seotud mitmesuguste reguleerivate ravijuhenditega („Ortopeedia eriala arengukava 2000“, „Alajäsemete enamlevinud traumaatiliste ...2010“). Samuti on neil olemas eelteadmised ja väljakujunenud ootused ravi ning õendusabi osas (Johansson jt 2002a, b, Edwards 2003, Lymer ja Richt 2006, Sjöling jt 2006, Suhonen ja Leino-Kilpi 2010, Montin 2012). Nad kannatavad tihti alajäsemete ja lülisamba degeneratiivsete haiguste all. Ortopeediliste haigustega kaasnevad pikaajalised funktsioonihäired ja tugevad valud on aga patsiendi toimetulekut ja elukvaliteeti negatiivselt mõjutavateks teguriteks. (Ortopeedia eriala arengukava 2000.)

Teise sihtgrupi moodustavad **traumatoloogia patsiendid**, kellede vanus võib varieeruda noorukieast kuni eakani. Nende patsientide sattumine haiglasse on sageli põhjustatud erakorralistest/komplitseeritud traumadest ja osteoporoosilistest luumurdudest. Vigastustest toibumine, mis on läbi põimunud traumaatiliste mälestustega sündmustest, on erakordselt raske ja sõltub paljuski õenduspõltsilil hoolitsemise kunstist, nende oskustest ning eriteadmistest. Traumatoloogia patsiendi hooldusest võib sõltuda ja saada võimalik alus tema tervise edasisele taastumisele, paranemisele ja heaolule. (Hayes ja Tyler-Ball 2007, Olsson jt 2007a, b, Tan jt 2008, Tutton jt 2008, Wong jt 2010, Berg jt 2012.)

## 2.2. Patsiendikesksus

**Patsiendikesksus** (*patient-centeredness*) on abstraktne ja dünaamiline mõiste, mida iseloomustab sünonüümide rohkus. See, millist sünonüümi kasutatakse, oleneb kontekstist, milles õendusabi osutatakse. Hooldekodudes kasutatakse enim mõistet kliendikesksus (*client-centered*), haiglas patsientidele suunatud õendusabi puhul aga väljendit patsiendikesksus. Persoonikesksus (*person-centered*) on veelgi laiem mõiste, hõlmates inimest kui isiksust nii kliendina kui ka patsiendina. Samas iseloomustab neid sünonüüme terviklik (bio-psühhosotsiaalne-vaimne) lähenemine õendusabi pakkumisel, mis on lugupidav ja individualiseeritud, võimaldab läbirääkimisi hoolduse osas, pakub valikuvõimalusi õendusabiga kaasnevas suhtes ja näitab patsiendi võimestatust otsuste tegemisel. (Morgan ja Yoder 2012.)

Patsiendikesksus on mitmemõõtmeline mõiste, millel puudub ühtne definitsioon (IAPO 2007, Robinson jt 2008). Küll aga on patsiendikesksele õendusabile omane **humanistlik inimkäsitlus** (Marcum 2008: 286, Kleiman 2009: 112). Leplage jt (2007) sõnul on patsiendikesksus **liberalismi** sugemetega. Samuti omab ta tugevat sünergiat **hoolivusega** (Essen ja Sjöden 2003, Hayes ja Tyler-Ball 2007, Henderson jt 2007, McCance jt 2008, McCormack ja McCance 2010: 22, Papastavrou jt 2012). Patsiendikeskne lähenemisviis puudutab kõiki **patsiendi õigustega** seotud aspekte (Eesti Patsientide Esindusühing).

Erinevad autorid ja organisatsioonid lähevad patsiendikesksusele erinevalt, samas on nende tähelepanu keskmes patsiendi unikaalsus ja tema vajadused (IAPO 2007). Gerteis'i jt (1993: 5-11) käsitlus patsiendikesksusest, mis hõlmab **patsiendi väärtuste, eelistuste ja vajadustega arvestamist; õendusabi koordineeritust ja integreeritust; informeerimist, suhtlemist ja õpetamist; füüsilise mugavuse tagamist; emotsionaalse toetuse pakkumist; perekonna ja sõprade kaasamist; üleminekut ja jätkuvust**, on leidnud üldist tunnustatust erinevate organisatsioonide poolt ja kasutust arengustrateegiates (IAPO 2007, Kaheksa sammu inimese...2020).

Hook'i (2006) ja Hobbs'i (2008) Robinson'i jt (2008) ja McCormack ja McCance (2010: 27) hinnangul on patsiendikeskse õenduse tuumaks õe ja patsiendi vaheline **võrdväärne suhe**. McCormack ja McCance (2010: 61-87), Silow-Carroll (2006), Leplage jt (2007), McCance jt (2008), Tan jt (2008), Tutton jt (2008), Cappabianca jt (2009), Oflaz ja Vural (2010) on üksmeelel, et võrdväärne suhe õe ja patsiendi vahel saab toimuda vaid tingimusel, kui seda toetab **patsiendisõbralik keskkond**. Seejuures pööratakse tähelepanu sellele, et õdede tegevused

nii patsiendisõbraliku õhkkonna kui ka võrdväärse suhte tagamisel peavad baseeruma **patsiendikesksuse põhiväärtuste** – võrdväärne kohtlemine teiste patsientidega, patsiendi õiguste ning tema individuaalsete ootuste ja vajadustega arvestamine, aus ja avatud suhtlemine, privaatsuse tagamine ja võrdväärne partnerlus – rakendamisel (Nordgren ja Fridlund 2001, Woogara 2005, Hook 2006, Lymer ja Richt 2006, Land ja Suhonen 2009, Suhonen jt 2009).

Persoonikesksuse raamistikule (*Framework for person-centred nursing*) tuginedes täpsustavad McCormack ja McCance (2010: 3), et persoonikesksed tulemused (üldine heaolu; rahulolu hooldusega; osalemine iseenda hoolduses) sõltuvad eelkõige sellest, millised on õe väärtushinnangud; tema pädevus; pühendumus ning oskus arendada inimestevahelist suhtlemist ja suhet. Teiseks juhivad nad tähelepanu füüsilisele ja psühhosotsiaalsele õendusabikeskkonnale, mis sisaldab asjakohaseid oskuseid; süsteeme, mis soodustavad jagatud otsuste tegemist; efektiivseid personalivahelisi suhteid; toetavaid organisatsioonilisi süsteeme; võimu jagamist; võimalikke uuendusi ja vastutuse võtmist. Kõige olulisemaks peavad autorid aga õe ja patsiendi vahelisi persoonikeskseid protsesse, mis sisaldavad patsiendi uskumuste, väärtuste ja eelistustega arvestamist; patsiendi kaasamist, mõistvat lähenemist; jagatud otsuste tegemist ja füüsiliste vajaduste rahuldamist. Käesolevas uurimistöös on patsiendikesksus struktureeritud kolme dimensioonina, mida toetab McCormack ja McCance (2010) persoonikesksuse raamistik ja varasemad uurimistööd ning sisaldab Gerteis'i jt poolt väljatoodud patsiendikesksust iseloomustavaid aspekte.

### 2.3. Patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamine

Õdede tegevused **patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel** on seotud **holistliku ehk tervikliku** lähenemisviisiga, mis tunnistab ja väärtustab inimest kui tervikut ja lähtub tema individuaalsusest, arvestades bioloogilisi, sotsiaalseid, psühholoogilisi ning vaimseid aspekte (Leplage jt 2007, McCormack ja McCance 2010: 104). **Individualistlik-liberaalne** mõttesuund tõstab esile patsiendi unikaalsuse ja nõuab **individuaalset**, kohandatud lähenemisviisi, mitte aga standardseid ja rutiinseid meetodeid (Leplage jt 2007). See aitab patsiendis kujundada tunde, et ta on isiksus, kellel on oma nimi, vajadused ja soovid, mida õendusp personali poolt nähakse ning millesse suhtutakse lugupidavalt (Schmidt 2003).

**Individuaalsusega** arvestav õendusabi lähtub patsiendi füüsiliste vajaduste, suutlikkuse, ressursside, hirmude ja tunnetega arvestamisest ning sellest, mida haigus tema jaoks tähendab. See eeldab **avatud ja ausat suhtlemist**, mille läbi saavutatakse patsiendi **personaalsuse**

**mõistmine** ning tema **unikaalse eluloo** tundma õppimine. Selline lähenemine aitab luua **võrdväärseid suhteid** patsiendi ja tema lähedastega, tunnustada nende vaatekohti ning kohandada õendusabi patsiendi vajaduste parimaks rahuldamiseks. (Leplage jt 2007, McCormack ja McCance 2010: 91-93.) Samuti võimaldab see luua selgema pildi sellest, mida patsient väärtustab oma elu juures kõige enam ning millised tunded ja ootused kaasnevad tal seoses juhtunuga (Tutton jt 2008).

Varasematest uurimistöödest selgus et, patsiendid peavad oluliseks individuaalset lähenemisviisi õendusabis (Berg jt 2007, Land ja Suhonen 2009). Samas on uurimistööde läbi jõutud vastupidiste tulemusteni. Nimelt selgus, et patsiendid Berg'i jt (2007), Land ja Suhonen'i (2009), Suhonen'i jt (2009), Suhonen'i jt (2012) uurimistöödes ei kogenud seda õendustegevuse käigus piisavalt. Patsientide arvates ei kohtlenud õed neid alati kui isiksusi ning ei arvestanud nende individuaalsete ootuste ja vajadustega. Individuaalset lähenemisviisi õendusabis kogeti aga sagedamini eakamate patsientide poolt Suhonen ja Leino-Kilpi (2010) uurimistöös.

Patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamine seab esiplaanile **inimõiguste ja –väärikuse austamise**, arvestab patsiendi uskumuste ja väärtussüsteemidega ning toetab **võrdsust** ja vabadust läbi tema **võimestamise** (Leplage jt 2007). Võimestamine soodustab patsiendi **autonoomsust**, tõstab tema enesekindlust, aitab kaasa **enesemääramisele** ning hõlbustab **osalemist otsuste tegemisel** (Marcum 2008: 234). Seega on otsustamine seotud õigusega olla osaleja ja kaasarääkija nii otsuste vastuvõtmisel kui ka õendusabi planeerimisel, samas kirjeldatakse seda ka kui õigust oma ravist keelduda (Kleiman 2009: 166-167). Patsiendi õigus otsustada oma ravi ja hoolduse üle on leidnud üldist tunnustatust ja välja toodud patsiendi õigustes (Eesti patsientide esindusühing).

Nordgren ja Fridlund (2001), McCabe (2004), Suhonen jt (2005a), Olsson jt (2007b) rõhutavad, et patsiendi enesemääramisvõimet mõjutavad puudulik informatsioon, nende mitte kuulda võtmine ning tervishoius kehtestatud erinevad juhendid. Lymer ja Richt'i (2006) ja Olsson'i jt (2007b) uurimistöödest selgus, et õendusp personali poolt oma arvamuse liiga domineeriv esitamine ning tegutsemine „eksperdina“ võib patsiendis kujundada arusaama, et tal on õigus olla haige rollis ja jääda suhtes passiivseks pooleks. Sellisel juhul hindasid patsiendid oluliseks õdede oskusi ja tehnilisi teadmisi. Patsientide enesemääramise võimet piirab ka õendusp personali ametlik erialatermineid sisaldav keelekasutus, mille keerulisest sõnastusest tingitud mõte ei pruugi jõuda patsiendini (Nordgren ja Fridlund 2001, Essen ja Sjöden 2003, McCabe 2004).

Üks patsiendikesksuse põhiväärtusi on patsiendi **privaatsuse austamine**. Humanistlik lähenemine peab oluliseks võimaldada patsiendile selline keskkond, kus oleks talle tagatud nii isiku kui ka informatsiooniline privaatsus. Isiku privaatsus tähendab identiteeditunde, väärikuse, autonoomia ja isikliku ruumi tagamist, mis seab piirid tema ja teiste ning maailma vahele. Informatsiooniline privaatsus on seotud auditoorse privaatsusega ja tähendab patsiendi õigust isikliku teabe konfidentsiaalsusele. (Heikkinen jt 2005, Woogara 2005, Kleiman 2009: 170-171, Eesti patsientide esindusühing.) Lisaks näeb õe eetika ette jagada patsienti puudutavaid andmeid vaid nendele personali liikmetele, kellel on selleks põhjendatud vajadus (Heikkinen jt 2005). McCance jt (2008) uurimistöös tunnistasid patsiendid, et õed austasid nende õigust privaatsusele. Privaatsuse eiramist kogeti aga Woogara (2005) uurimistöös.

#### **2.4. Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine**

Õendusabikeskkond jaguneb füüsiliseks ja psühhosotsiaalseks keskkonnaks. Psühhosotsiaalne keskkond hõlmab psühholoogiliste, sotsiaalsete ja emotsionaalsete tegurite kompleksi patsiente ümbritsevas keskkonnas. Psühhosotsiaalset keskkonda kujundavad ühelt poolt inimesed, kellega suheldakse, nende isiksuslikud omadused ja suhtumine nendesse. Teiselt poolt mõjutavad seda organisatsiooniline pühendumus, töökoha kultuur ja õdede tegevused. Õdede tegevused on seotud erinevate oskustega, jagatud võimu ja otsuste tegemisega, efektiivsete personalivaheliste suhete, toetavate organisatsiooniliste süsteemide, võimalike uuenduste ja vastutuse võtmisega. Seega võib õendusabikeskkonnal olla soodustav või takistav mõju patsiendikeskse õendusabi läbiviimisele. (McCormack ja McCance 2010: 37.)

Vastastikune suhte kujunemine õe, patsiendi ja tema lähedaste vahel algab hetkest, mil patsient kohtub õenduspersonaliga (Henderson 2007). Silow-Carroll'i jt (2006) sõnul on patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmise aluseks **tervitava keskkonna kujundamine**, mis loob patsiendis tunde, et ta on oodatud. Õed saavad sellele kaasa aidata, kui esimesel kohtumisel tutvustavad ennast ja õendusabi keskkonda, st osakonna eeskirju, külastuskorda jne, leiavad aega, et vestelda ja vastata patsientide ning nende lähedaste küsimustele ja selgitavad välja, mida patsiendid vajavad. Samas peaaegu pooled õed ei tutvusta end esmakohutumisel ja ainult 2/3 õdedest järgib patsiendi vastuvõtmise reegleid (Of لاز ja Vural 2010). Lisaks, ei ole õed harjunud informeerima patsiente oma peatsest lahkumisest ja tervitama neid valvesse saabumise korral (Henderson jt 2007). Küll aga soovivad patsiendid, et neid tuntaks ja kutsutaks **nimepidi** (Schmidt 2003, McCabe 2004). See aitab neis leevendada hirmu ja ebakindlust

taastumisprotsessi ees (Tutton jt 2008). Vastupidiste tulemusteni jõuti aga Essen ja Sjöden'i (2003) uurimistöös, kus selgus, et nimepidi kutsumine ei olnud patsientide jaoks oluline.

McCabe (2004), Lymer ja Richt (2006), Tutton jt (2008) rõhutavad, et patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine sõltub õdede reageerimisoskusest patsiendi soovidele ja vajadustele. Omades nii sotsiaalset kui ka toetavat funktsiooni, on **avatud, seltskondlik ja sõbralik õhkkond** koos õdede **tähelepaneliku** lähenemisviisiga oluliseks aluseks patsientide ja õenduspersonali **vastastikusele koostoimele**. Kuigi õe-patsiendivaheline suhe ja suhtlemine hõlmavad rohkem teabe andmist, sisaldavad need ka edastatavaid tundeid, sealhulgas **kaastunnet, empaatiat ja hoolimist** (McCabe 2004, Henderson jt 2007, Lee jt 2007, Leplage jt 2007, McCance jt 2008, Silvestri jt 2008, Tutton jt 2008, Cappabianca jt 2009, Papastavrou jt 2012).

Lymer ja Richt'i (2006) ja Sjöling'i jt (2006) uurimistöös hindasid patsiendid õdede hoolivat käitumist paranemist edendavaks, usalduslikke suhteid loovaks, meeleolu tõstvaks ning võimestumist toetavaks tegevuseks. Lisaks selgus Essen ja Sjöden'i jt (2003) ja Tan'i jt (2008) uurimistöödest, et õed peavad olema teadlikud patsientide **haavatavusest**. Vastasel juhul, võib hoolimatu käitumine pärast traumaatilist sündmust põhjustada uue trauma, mis takistab juba olulisemalt patsiendi paranemisprotsessi. Patsiendid ei oota õdedelt, et nad kõik võimalikult „korda ajavad“, vaid seda, et õed saaksid aru, mida patsiendid tunnevad (McCabe 2004). Samuti vajavad patsiendid tähelepanu ja emotsionaalset tuge selleks, et tagada nende sujuv üleminek ühest osakonnast või asutusest teise (Olsson jt 2007a). Patsientidepoolset rahulolematust seoses ebapiisava emotsionaalse toetuse pakkumisega nende pereliikmetele kogeti Lee jt (2007) uurimistöös. Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel pidasid patsiendid tähtsaks ka õdede **humeurakust**, mis aitas luua usaldust, leevendada ärevust ja pinget, väljuda haige rollist, mööda saata aega ning leevendada haiglaelu rutiini (McCabe 2004, Lymer ja Richt 2006, Henderson jt 2007).

Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine seostub patsientidele **turvalise, kvaliteetse ja asjakohase** tervishoiuteenuse pakkumisega, mis ei põhjusta neile kannatusi ega ebameeldivaid kogemusi. Turvatunde ja ohutu keskkonna tagamisel pidasid patsiendid tähtsaks nende füüsilise seisundi **jälgimist**. (Schmidt 2003.) Patsiendid peavad lugu õdedest, kes on neile igal ajal **kättesaadavad** ja kellel on **piisavalt aega** nende jaoks (Suhonen jt 2009). Eelkõige pidasid patsiendid oluliseks õdede kiiret reageerimist nende valule (Idvall ja Berg 2008, Silvestri jt 2008, Cappabianca jt 2009). Varasematest uurimistöödest selgus, et õdede suhtumine valutustamisse



on aga erinev. Kiiret reageerimist patsientide valule kogeti Idvall'i ja Berg'i (2008) ning Silvestri jt (2008) uurimistöödes. Teisest küljest tunnistasid patsiendid aga valu kontrollimatust (Cappabianca jt 2009), pikka ooteaega valuvaigistite saamiseks (Schmidt 2003) ja seda, et nende valukaebusi ei usutud (Sjöling jt 2006). Väheeks peeti patsientide poolt ka tagasiside küsimist osutatud valuravi osas Idvall ja Berg'i (2008) uurimistöös.

Turvalisus eeldab õendusp personali häid **meditsiinialaseid teadmisi ja professionaalset tegevust**. Patsiendid usaldasid ja hindasid õendusp personali nende teadmiste, hariduse ja kogemuste osas ning olid rahul õdede käelise tegevusega. (Essen ja Sjöden 2003, Lymer'i ja Richt'i 2006, Oflaz ja Vural 2010, Papastavrou jt 2012.) Nad pidasid oluliseks infektsioonide pofülaktikaks anti- ja aseptika reeglite ja tööjuhiste järgimist ning protseduuride käigus füüsilise valu ennetamist (Lymer ja Richt 2006). Samuti seostub turvalisus magamiseks ja puhkamiseks loodud ideaalse õhkkonna loomisega, öise kontrolli olemasoluga ning õnnetuste ärahoidmiseks mõeldud abinõude tarvitamisega, mida kogeti Oflaz ja Vural'i (2010) uurimistöös. Samas ebaturvalisust õhkkonda patsientide unustamise näol tajuti aga Schmidt'i (2003) ja Henderson'i (2007) uurimistöödes.

Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine hõlmab õdede hoolitsemist selle eest, et ravi ja hooldus ei raskendaks patsiendi **pere-, töö- ning muude rollide täitmist**. Teisisõnu nõuab patsiendikeskne lähenemisviis patsiendi isikliku elukorraldusega - kultuuri, uskumuste, traditsioonide, kommete, harjumuspäraste tegevuste ja eelistustega - arvestamist. (Suhonen jt 2005b, Berg jt 2007, Land ja Suhonen 2009, Suhonen jt 2010a, b, Suhonen ja Leino-Kilpi 2010, Suhonen jt 2011.) Selleks, et patsient saaks tunda end ühiskonna täieõigusliku liikmena, tuleb õendusp personalil tagada talle erinevad kommunikatsiooniteenused ja õigused, kaasa arvatud õigus vastu võtta külalisi (Eesti patsientide esindusühing). Samas toetati patsientide isiklikku elukorraldust ja sellega arvestati harva Suhonen jt (2005b), Berg jt (2007), Suhonen ja Leino-Kilpi (2010), Suhonen jt (2011) uurimistöödes.

## 2.5. Õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamine

Patsiendikeskses õenduses on oluliseks inimestevahelised protsessid, mis võimaldavad luua hooliva, dünaamilise, aususel ja austamisel põhineva, vastastikku kasuliku võrdväärse liidu õe, patsiendi ja lähedaste vahel. **Vastastikune suhe** baseerub **kaasamisel** ja **osalemisel**, kus teineteist kuulates ja üksteisega arvestades tegeletakse probleemi põhjuste või selle tagajärgedega, võetakse vastu otsuseid ja viiakse need ellu patsiendi vajaduste parimaks

rahuldamiseks. Patsiendi **kaasamine** toimub läbirääkimiste käigus, kus tema individuaalseid väärtusi ja vajadusi arvestades luuakse õiguslik alus otsuste tegemiseks. Kaasamisprotsessi edu oleneb alati suhtlemisprotsessi edukusest. (McCormack ja McCance 2010: 89-100.)

Püsiv koostööl põhinev suhe erinevates otsustusprotsessides väljendub **partnerlusena**, mis võtab arvesse patsiendi autonoomiat, unikaalset väärtuste süsteemi, tema vajadusi, varasemaid kogemusi ja teadmisi. Partnerlus väljendub erapooletuses, keskendub võrdväärsele jõudude tasakaalule (jagatud võimule), jagatud teadmistele, otsuste tegemisele, osalemisele, avatud suhtlemisele ning õe ametialasele pädevusele. (Hook 2006.) Partnerlus on rajatud teineteise usaldamisele, mõistmisele ja jagatud kollektiivsetele teadmistele (McCormack ja McCance 2010: 71-73).

Partnerlust iseloomustab **võrdväärne suhtlemine**. See on kuulamisel - rääkimisel põhinev vastastikune ja kahesuunaline tegevus, mis on paindlik, konfidentsiaalne, koostööle kutsuv, mittedirektiivne, avatud, aus ning selge. (Hook 2006.) Kui suhtlemisprotsess jääb patsiendi jaoks lühikeseks ja esitatav informatsioon ei vasta tema ootustele ja vajadustele, ei pruugi see olla piisav oma arvamuse kujunemiseks (Edwards 2003). Ebapiisava suhtlemise tagajärjel ei pruugi õed olla teadlikud patsientide seiskohast ja pigem ülehindavad nende valmisolekut võtta endale aktiivne roll enese eest hoolitsemisel (Florin jt 2006). Ebapiisavat suhtlemist kogeti Henderson`i jt (2007) uurimistöös, kui õed esitasid patsientidele suletud lõpuga küsimusi ja lahkusid nende juurest enne kui said neilt vastused. Eriti häirivaks pidasid aga patsiendid olukorda, kui nende palateid külastati eesmärgiga läbi viia protseduure, mitte aga selleks, et nendega suhelda (Nordgren ja Fridlund 2001, McCabe 2004, Oflaz ja Vural 2010).

**Avatud ja aus suhtlemine** loob patsiendis usalduse õenduspersonali vastu ja annab julguse küsida abi, kui ta seda väga vajab (Essen ja Sjöden 2003, McCabe 2004, Lymer ja Richt 2006). Praktikas õed sageli alahindavad õe-patsiendi vahelise suhtlemise tähendust ja tähtsust patsiendi jaoks. Eelistades paternalistlikku hoiakut ja käitudes kui „ekspert“, tehakse oletusi patsiendi vajaduste ja soovide kohta. (Nordgren ja Fridlund 2001, McCabe 2004, Oflaz ja Vural 2010.) Selline ülesannetukeskne suhtlemine on pinnapealne ning vastuolus patsientide ootuste ja vajadustega ning viib peagi selleni, et õenduspersonali **ei usaldata** (Nordgren ja Fridlund 2001, Berg jt 2012).

**Jagatud teadmisi** peetakse üheks tähtsamaks komponendiks võrdväärse suhte (Papastavrou 2012). Jagatud teadmisi iseloomustab ühine arusaam, üksteiselt õppimine, patsiendi pädevuse

tunnistamine, asjakohasus, kohandatud õpetamine, võimaluste loomine, ülevaate saamine ja teadmiste kinnistamine (Hook 2006). Õendusabi planeerimisel on aga väga olulised patsiendi enda poolt kaasa toodud teadmised ja kogemused. Õe rolliks on seejuures aga olla „seal“ ja pakkuda individuaalset toetust ja praktilisi teadmisi, mis võimaldavad patsiendil teha õigeid valikuid. Sel viisil käitumine aitab patsiendis luua omanikutunde ning luua vastutuse otsustamise osas. (Lymer ja Richt 2006.)

Patsiendid hindavad oluliseks asjakohast teavet haiguse, ravi ja sellega seotud igapäevase elu juhtimise osas selleks, et osata planeerida oma edasist elu ja olla vastutav haiguse ja taastumisprotsessi eest (Johannson jt 2002a, Edwards 2003, Suhonen jt 2005a, Lymer ja Richt 2006, Sjöling jt 2006, Silvestri jt 2008, Montin jt 2010). Nad ei pea tähtsaks mitte ainult suulist informeerimist, vaid ka kirjalikku ja veebipõhist teavet (Edwards 2003, Lymer ja Richt 2006). Ortopeedia osakondades kasutati enam personaalseid õpetamismeetodeid kui rühmaõpet ning teadmiste kinnistamiseks paluti enamusel patsientidel oma oskusi õdedele kas ette näidata või juhiseid suuliselt korrata, samas aga ei antud patsientidele alati võimalust arutada õdedega oma õppimisvajadusi ja eelistusi (Johannson jt 2002b).

Patsiendid ei ole huvitatud ainult ametlikust patsiendiõpetust, vaid soovivad selgitusi selle kohta, mis tüüpi abi neile pakuti ja milleks see neile vajalik on. Patsiendid tunnevad vajadust selle järele, et neile selgitatakse, miks mida tehakse. (Edwards 2003, Schmidt 2003 ja Henderson jt 2007.) Selgitamata jätmine võib põhjustada patsiendis ärevust, mõjutada koostööd õenduspõhise ja tema edaspidist toimetulekut (Edwards 2003). Wong jt (2010) uurimistööst selgus, et valu juhtimise õpetamise järel langes eksperimentaalgrupis ärevuse tase ja tõusis patsientide usk endasse ning vähenes valuvaigistite kasutamine.

Jagatud teadmised aitavad kaasa otsuste kujundamisele ja lõpliku otsuse tegemisele. **Jagatud otsuste tegemise** aluseks on informatsiooni pidev liikumine patsiendi ja õenduspõhise vahel, kusjuures patsiendi mõju tehtavale otsusele suureneb nendevahelise suhte kujunedes. (Hook 2006, McCormack ja McCance 2010: 93-97.) Varasematest uurimistöödest selgus, et patsiendid soovivad olla kaasatud otsuste tegemise protsessi. See seondub nende jaoks austatud ja lugupeetud olemisega õenduspõhise poolt. Isegi siis, kui nad ei saanud anda lõplikku otsust hoolduse ja ravi kohta, pidasid nad oluliseks, et said avaldada arvamust oma seisukohast. (Lymer ja Richt 2006.) Patsientide hinnangul võimaldasid õed neil osaleda otsuste vastuvõtmises (Suhonen jt 2005a, Berg jt 2007, Land ja Suhonen 2009, Suhonen 2010a, Suhonen jt 2012,

Suhonen ja Leino-Kilpi 2012). Samuti soodustasid õed nende kaasamist ja andsid neile ise teatud otsuste tegemise üle kontrolli (McCance jt 2008, Land ja Suhonen 2009).

Patsientide hinnangul on oluline, kui õed küsivad nende eelistuste ja soovide kohta ning võimaldavad neilt küsida patsiente huvitava osas (Berg jt 2007, Land ja Suhonen 2009). Berg'i jt (2007) uurimistööst selgus, et ligi kolmveerand patsientidest oli saanud olulist ja neile arusaadavat informatsiooni õenduspersonalilt ning vaid veidi üle poolte koges, et nende eelistusi ja soove oli õendustegevuse käigus arvestatud. Land ja Suhonen'i (2009) uurimistööst selgus, et patsiendid pidasid oluliseks ka õdede huvi selle kohta, kas nad on üldse valmis võtma vastutust ja millises ulatuses vastutama oma hoolduse eest. Väga harva kogesid aga patsiendid lähedaste kaasamist nende hooldust ja ravi puudutavatesse aspektidesse (Suhonen jt 2005b, Berg jt 2007, Lee jt 2007, Cappabianca jt 2009, Land ja Suhonen 2009, Suhonen jt 2010a, Suhonen jt 2012, Suhonen ja Leino-Kilpi 2010).

Partnerlus ei tähenda ainult õenduspersonalit, patsiendi ja lähedaste vahelist koostööd, vaid ka koostööd multidistsiplinaarse meeskonna liikmete vahel (McCormack ja McCance 2010: 71-73). Varasematest uurimistöödest selgus, et õed ei kaasa patsiendi hooldusplaani teiste erialade esindajaid (Lee jt 2007). Samuti esineb puudulik informatsioonivahetus osakonna tasandil ka õenduspersonalit enda vahel (Idvall ja Berg 2008).

## **2.6. Seosed patsientide hinnangute ja taustamuutujate vahel**

Patsiendikesksuse hindamisel on oluline mõista, miks patsiendid annavad erinevaid hinnanguid õendusabile ja millised tegurid nende arusaamu mõjutavad. Erinevatest uurimistöödest selgus, et patsientide hinnanguid mõjutab **haiglas viibimise kestus**. Mida kauem viibisid patsiendid haiglas, seda enam nad tajusid, et nende individuaalsust oli toetatud läbi õendustegevuste (Land ja Suhonen 2009, Suhonen jt 2010b).

Patsientide hinnanguid patsiendikesksusele mõjutab ka nende **vanus**: mida vanemad olid patsiendid, seda enam nad kogesid nende individuaalsusega arvestamist (Suhonen jt 2010b, Suhonen ja Leino-Kilpi 2010). Negatiivne korrelatsioon ilmnis patsientide vanuse ja üldise rahulolu, selgituste saamise, hooliva lähenemisviisi ja õenduspersonalit reageerimise kiiruse vahel Silvestri jt (2008) uurimistöös. Patsiendid vanuserühmas 40-59 eluaastat võrreldes 18-39 aastastega olid rahulolevamad, kuna nad kogesid sagedamini omavahelist koostööd, juhendamist ning nende individuaalsusega arvestamist (Findik jt 2010).

Statistiliselt olulisi erinevused on leitud patsientide hinnangute, **soo**, **perekonnaseisu haridustaseme** ja **haiglasse sattumise põhjuse** vahel. Võrreldes naistega väitsid mehed sagedamini, et nende isiklikku elukorraldust tunnustati ja toetati läbi õendustegevuste (Land ja Suhonen 2009). Oflaz ja Vural'i (2010) uurimistööst selgus, et naised olid meestega võrreldes sagedamini rahulolevamad ning nõustusi, et õed on hea suhtlemisoskusega. Abielus patsiendid usaldasid enam õdesid ja tunnistasid nende teadmisi sagedamini heaks. Võrreldes kõrghariduse omandanutega kogesid madalama haridustasemega patsiendid sagedamini individuaalset toetust ja enda kaasamist otsustamisprotsessi (Land ja Suhonen 2009, Suhonen jt 2010b). Algharidusega patsiendid, võrreldes teiste haridustaseme esindajatega, kogesid sagedamini aga õdede hoolivust ja nende probleemidesse süüvimist (Oflaz ja Vural 2010). Kõige olulisemaks patsientide hinnanguid mõjutavaks teguriks peab Suhonen jt (2010b) aga haiglasse sattumise põhjust. Plaanilised patsiendid kogesid võrreldes erakorraliste patsientidega sagedamini individuaalset lähenemisviisi Suhonen'i jt (2010b) ja Suhonen ja Leino-Kilpi (2010) uurimistöös.

On selgunud, et patsientide vanus, sugu, haridus, töötamine ja haiglasse sattumise põhjus mõjutavad nende **õpivajadusi** (Johansson jt 2002a, b, Suhonen jt 2005a). Johansson'i jt (2002a) uurimistöö tulemustest selgus, et madalama haridustasemega üle 60-aastastel lahutatud mittetöötavatel naispatsientidel olid suuremad õpivajadused. Suhonen jt (2005a) uurimistööst selgus, et noorematel naispatsientidel, kellel oli kõrgem haridustase, olid suuremad ootused haiguse ja raviga seotud teabele ning nõudmised õendusabile üldisemalt. Lisaks nõustusi plaanilised patsiendid sagedamini, et nad olid saanud piisavalt informatsiooni haiguse, ravi ja toimetuleku kohta. Johansson'i jt (2002b) uurimistöös tunnistasid patsiendid vanuses 60-69 aastat võrreldes nooremate vanusegruppidega sagedamini, et nende õppe-eesmärke oli arutatud ning neid käsitleti piisavalt. Võrreldes erakorraliste haigetega peeti plaaniliste haigete poolt küllaldaseks patsiendiõpetuse sisu. Samas hindasid **varasema haiglakogemusega** patsiendid võrreldes nendega, kellel kogemus puudus, ebapiisavaks teadmisi patsientide tugirühmadest ja nende lähedaste sotsiaalse toetamise võimalustest Montin'i jt (2010) uurimistöös.

### 3. METOODIKA

#### 3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist ja püstitatud uurimisküsimustest on uurimistöö kvantitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Kvantitatiivne metodoloogia põhineb deduktiivsel lähenemisviisil, mille kohaselt testitakse teooriat olemasolevate teadmiste osas üldisemalt üksikule. Kvantitatiivne uurimus on oma olemuselt objektiivne ja süstemaatiline protsess, kus kasutatakse numbrilisi andmeid saamaks informatsiooni nähtuste kohta. Empiirilises uurimistöös, mille keskmeks on reaalsuses eksisteeriv nähtus, on võimalik saada uut teavet mõne süstemaatilise andmete kogumise meetodiga. (Burns ja Grove 2005: 5, 8, 23-25.) Burns ja Grove (2005: 44, 232-233) rõhutavad, et kvantitatiivset uurimismeetodit kasutatakse selleks, et kirjeldada nähtuseid ja nende vahelisi seoseid. Uuritava nähtuse omaduste kirjeldamise kaudu luuakse pilt, mis võimaldab seda teistest nähtustest eristada.

Käesolevas uurimistöös on uuritavaks nähtuseks patsiendikesksus statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades. Vastuseid sellele, kui patsiendikesksed on õed oma tegevuses otsisin patsientide kogemustel põhinevate tähelepanekute kaudu ning selgitasin seoseid patsiendikesksusele antud hinnangute ja taustamuutujate vahel. Kuna patsiendikesksust on varem uuritud nii kvalitatiivsete kui kvantitatiivsete meetoditega, siis toetudes saadud baasteadmistele, annab see võimaluse andmete kogumiseks rakendada struktureeritud küsimustikku ning võrrelda käesoleva töö tulemusi varasemate uurimistööde tulemustega. Samas rõhutavad Morgan ja Yoder (2012), et mõiste „patsiendikesksuse“ abstraktsuse tõttu puudub selle mõõtmiseks ühtne ja hea mõõdik. Käesolevas uurimistöös kasutasin patsiendikesksuse hindamiseks Ly Kalam-Salminen poolt koostatud küsimustikku „Kliendikesksus õendustöös“ (*Client-Centeredness in Nursing Care*), mida eelnevalt on kasutatud nii Eestis kui ka Soomes (Treiman-Kiveste 2010, Kalam-Salminen jt 2013) (vt lisa 1).

Kvantitatiivne uurimus põhineb loogilistel rangetel reeglitel ja tõepärasustel. Andmete kogumine, töötlemine ja analüüsimine järgnevad üksteisele ning on täpselt piiritletud. Kuna kvantitatiivse meetodi andmestik on numbriline, siis sobivaks andmete analüüsimetodiks on statistiline analüüs. Kvantitatiivse uurimuse positiivseks aspektiks asjaolu, et uurija säilitab andmete kogumise ajal erapooletuse. See väldib nende sõnul sekkumist ja tagab uurimistöös objektiivsuse. (Burns ja Grove 2005: 24-25, 35-36, 42.)

### 3.2. Uuritavad

Käesolevas uurimistöös osalesid SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, SA Pärnu Haigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla ja SA Ida-Viru Keskhaigla ortopeedia ja traumatoloogia osakondade patsiendid ( $n = 310$ ). Kokku osales uurimistöös üheksa statsionaarset osakonda kuuest haiglast (kaheksa ortopeedia osakonda ja üks traumatoloogia osakond).

Esialgu oli plaanis uurimistöösse kaasata kõik ortopeedia ja traumatoloogia eriarstiabi pakkuvad Eesti piirkondlikud, kesk- ja üldhaiglad. Ortopeedia- ja traumatoloogiaalast eriarstiabi pakuvad patsientidele Eestis piirkondlikest haiglatest SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (kolm ortopeedia osakonda), SA Tartu Ülikooli Kliinikum (traumatoloogia ja ortopeedia osakond) ja SA Tallinna Lastehaigla (ortopeedia osakond). Keskhaiglatest AS Ida-Tallinna Keskhaigla (ortopeedia osakond), SA Pärnu Haigla (ortopeedia osakond), AS Lääne-Tallinna Keskhaigla (ortopeedia osakond) ja SA Ida-Viru Keskhaigla (ortopeedia osakond). Üldhaiglatest korraldatakse konservatiivset ja operatiivset plaaniliste ning erakorraliste ortopeedia- ja traumatoloogiapatsientide ravi üksnes SA Narva Haiglas (traumatoloogia osakond). (Eesti Haiglavõrgu arengukava...2015, Ortopeedia eriala arengukava...2010.) Vaatamata korduvatele kirjalikele pöördumistele, ei avaldanud soovi käesolevast uurimistööst osa võtta SA Narva Haigla, seega antud haigla patsiente uurimistöösse kaasata polnud võimalik. Uurimistööst jäi välja ka SA Tallinna Lastehaigla, sest nende tööpetsiifika on keskendunud lastele ja noortele, samuti ei vastanud antud haigla patsiendid käesoleva uurimistöö kaasamiskriteeriumitele.

Vastavalt haiglatele tehtud järelepärimistest selgus et, ortopeedia ja traumatoloogia osakondades viibis 2011 a seisuga ravil kokku 12 176 patsienti, seega keskmiselt 1015 patsienti kuus. Jaotamisele läks 315 küsimustikku (igale osakonnale 35). Lähtuvalt patsientide keele-eelistusest, oli neil võimalik valida nii eesti- kui ka venekeelsete küsimustike (vt lisa 1 ja 2) vahel.

Uurimistöös kasutasin käepärast valimit, mis tähendab, et uuritavateks olid eespoolnimetatud haiglate ortopeedia ja traumatoloogia osakondade patsiendid, kes viibisid ravil antud osakondades ja vastasid uuritavate kaasamiskriteeriumitele. Uuritavate kaasamiskriteeriumid olid järgmised:

- nad on vabatahtlikult nõus osalema uuringus,
- viibivad ortopeedia ja traumatoloogia osakondades ravil vähemal 48 tundi,
- on täisealised,

- on võimelised vastama küsimustele iseseisvalt.

### 3.3. Andmete kogumine

Andmete kogumiseks kasutasin 2008 a Ly Kalam-Salminen poolt koostatud kliendikesksust mõõtvat struktureeritud küsimustikku „Kliendikesksus õendustöös“ (*Client-Centeredness in Nursing Care*). Selle küsimustikuga on paralleelselt uuritud nii Eesti kui ka Soome tervishoiu kõrgkoolides viimase kursuse õendusüliõpilaste hinnanguid oma valmidusele kliendikeskseks õendustööks ning õppe mõjule selle kujunemisel (Treiman-Kiveste 2010, Kalam-Salminen jt 2013). Nõusoleku uurimistöös rakendatava küsimustiku kasutamiseks ja selle kohandamiseks patsientidele sain Ly Kalam-Salminenilt e-posti teel (vt lisa 3) tingimusel, et teda informeeritakse tehtud muudatustest.

Vastavalt mõõdiku autori nõusolekule, sai enne prooviuuringu läbiviimist eemaldatud originaalküsimustikust mõõdiku üks osa, millega patsiente uurida polnud võimalik. Küsimustikku sai lisatud Treiman-Kiveste (2010) uurimistöö arutelus ilmnenu soovitudele väite „Õed arendavad pidevalt tervishoiuteenuseid minu tagasiside põhjal“ ette täpsustav väide „Õed küsivad minult tagasisidet mulle osutatud tervishoiuteenuse kohta“. Taustaandmetest jäid samaks muutujad: „vanus“, „sugu“, „rahvus“, „perekonnaseis“ ja „haridustase“. Tuginedes mujal maailmas läbiviidud uurimistöödele, lisasin haigla kohta käiva teabe osas muutujad: „haiglasse sattumise põhjus“, „haiglas veedetud päevade arv“ ja „varasem haiglakogemus patsiendina“. Küsimustiku kohandamisel aitas selle sõnastust muuta arusaadavamaks eesti keele filoloog Ede Kärner. Mõõdiku kohandamisele aitasid kaasa nii magistr töö juhendajad – Airin Treiman-Kiveste ja Ilme Aro kui ka mõõdiku autor Ly Kalam-Salminen.

Peale Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse nõukogult loa (protokoll nr 1-3.10/OT-00088, 17 jaanuar 2012) saamist võtsin ühendust eespoolnimetatud haiglatega meili teel. Selleks tutvustasin haiglate juhtkondadele ja personalile oma uurimistöö plaani, selgitan töö vajalikkust ja saadavat kasu. Loa uurimistöös osalemiseks andsid kõik eespoolnimetatud haiglad. Käesoleva uurimistöö läbiviimise eelduseks oli loa saamine ka Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteelt (protokoll nr 214/T-11, 23. aprill 2012) (vt lisa 4). Tutvustava ülevaate eelseisvast uurimistööst andsin Eesti Ortopeedia Õdede Seltsi liikmetele 04.05.2012 a Tallinnas toimunud Põhjamaade Ortopeedide Föderatsiooni 56. Kongressil. Mõõdiku kohandamise raames toimus SA Pärnu Haiglas 07.05.-27.05.2012 prooviuuring, kus osalesid 30 käepäraselt valitud eesti ja



vene keelt kõnelevat patsienti. Enne küsimustike jaotamist pärisuuringuks kodeerisin ümbrikud haiglate järgi tähemärkide ja numbriliste koodide abil.

Kokkulepped uurimistöö läbiviimiseks sõlmisin osakondadega eelnevalt meili teel. Küsimustikud viisin kohale isiklikult, nende jagamisel ja kogumisel kasutasin osakondade õendusjuhtide kui osakonna piires patsientidele osutatava õendusabi ja arendustegevuse eest vastutavate spetsialistide abi. Õendusjuhtidel on ka suurepärane kontroll patsientide seisundi ja hooldusega seotud tegevuste ja eesmärkide üle ning neil on parim ülevaade patsientide liikumisest hooldus- või järelravi osakondadesse jne. Lisaks olid õendusjuhid igapäevaselt tööl ning see võimaldas põhjalikult instrueerida üht kindlat osakonna töötajat. Üks õendusjuhtidest, kes ei olnud varasema negatiivse kogemuse tõttu nõus ise küsimustikke jaotama, kuid kes vaatamata sellele oli huvitatud uurimistöö toimumisest, delegeeris ülesande sidumistoa õele. Antud juhul omas sidumistoa õde sama moodi head ülevaadet patsientide liikumisest ning oli nõus küsimustikke jaotama.

Uurimistöö läbiviimise õnnestumiseks informeerisin küsimustike kohaletoimetamise päeval nii õendusjuhte kui ka sidumistoa õde uurimistöö eesmärgist, selle olulisusest, uuritavate kaasamiskriteeriumitest ning instrueerisin neid uurimiseetika ja uuritavate õiguste osas. Selleks, et tagada patsientide ausad vastused, toimus küsimustike jaotamine nende haiglast lahkumise päeval. Täidetud küsimustikud tagastati patsientide poolt osakonna õendusjuhtidele kinnistes ümbrikutes. Kokku kogutud andmestikul käisin järgi isiklikult. Jaotatud 315 küsimustikust täitis ja tagastas selle 310 patsienti (vastamismäär 98,4%).

Andmete kogumine, mis oli esialgu planeeritud ajavahemikku 10.09.-14.10.2012, ei kulgenud vastavalt ajakavale. Ootamatu takistusena ilmnes, et enamikes haiglates uurimistöö toimumise perioodil plaanilisi operatsioone ei teostatud, kuna haigekassa poolt eraldatud rahad kvartali lõikes olid otsas. Lisaks takistas uurimistöö läbiviimist plaaniliste operatsioonide ärajäämine statsionaarides 08.10.-25.10.2012 toimunud tervishoiutöötajate streigi tõttu. Antud asjaolusi silmas pidades lükkus andmete kogumine põhjendatult ühe kuu võrra edasi ning küsimustike jaotamise periood pikenes, jäädes ajavahemikku 10.09.-14.11.2012.

### **3.4. Andmete analüüs**

Andmete analüüsi kaasasin kõik tagastatud 310 küsimustikku, kaasa arvatud ka need, kus oli vastatud ainult pooltele küsimustele. Kogutud andmed sisestasin MS Office Exeli programmi

abil, nende töötlemiseks ja statistiliseks analüüsimiseks kasutasin andmetöötlusprogrammi SPSS 20,0 (*Statistical Packages for the Social Sciences*). Illustreerivate tabelite koostamiseks kasutasin tekstitöötlusprogrammi *Microsoft Word* 2007. Andmete analüüsimetoditena kasutasin kirjeldavat statistikat, Fisheri täpset testi ning Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Olulisuse nivooks valisin 0,05 (95% tõenäosusele).

Kirjeldava statistikaga leidsin nominaaltunnuste (sugu, rahvus, perekonnaseis, haridustase, haiglasse sattumise põhjus, varasem haiglakogemus, haigla liik) korral sagedused, pidevate tunnuste (vanus, haiglas veedetud päevade arv) puhul miinimumi/maksimumi, aritmeetilise keskmise ja standardhälve (SD). Patsientide taustamuutujate, haiglas viibimise kohta käiva teabe ja patsiendikesksuse kirjeldamiseks andmed summeerisin ning esitasin need sagedustabelites täis- ja suhtarvudena. Sagedustabel koosneb tunnuse võimalike üksikväärtuste või väärtusvahemike loetelust koos nende indiviidide arvuga, kelle puhul analüüsitava tunnuse väärtus ühtib vaadeldava konkreetse väärtusega või kuulub vastavasse väärtusvahemikku (Tooding 1999: 37).

Arvtunnuste ja järjestustunnuste, patsientide hinnangute vaheliste seoste leidmiseks kasutasin Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Seoste esinemise korral esitasin tulemustes seose tüübi (positiivne/negatiivne), seose tugevuse aste (nõrk/keskmine/tugev) ja statistilise tõenäosuse (p) (Burns ja Grove 2005: 484). Kui korrelatsioonikordaja ( $\rho$ ) väärtus on 0,1-0,29 tähendab see seda, et tunnustevaheline seos on nõrk, kui see jääb vahemikku 0,3-0,5, näitab see keskmist seost ja kui see on  $> 0,5$  on tegemist tugeva seosega (Burns ja Grove 2005: 487).

Kahe või enama üldkogumi jaotuste võrdlemiseks kasutasin Fisheri täpset testi, mis võimaldab teha järeldusi, kas erinevus gruppide vahel on statistiliselt oluline või ei. Fisheri täpset testi on mõistlik kasutada siis, kui vähemalt ühes tabeli väljas on oodatav vastanute arv 0 või kui üle 20% lahtritest on oodatav sagedus alla viie. (Burns ja Grove 2005: 518.) Statistiliselt oluliseks pidasin erinevust kahe grupi vahel, kui olulisuse tõenäosusnäitaja  $p < 0,05$  (Burns ja Grove 2005: 448). Tulemustes tõin välja Fisheri täpse testi ja statistilise tõenäosuse (p). Gruppidevahelises võrdluses koondasin rahvuse tunnuse osas ühte gruppi venelased ja muu rahvuse esindajad (mitte-eestlased), sest viimaseid oli küsitlevate hulgas vaid 3,2%.

Ümberkodeerimist sisuliselt sobivate vastusevariantide ühendamise teel kasutatakse jaotuse tihendamiseks, et võimaldada väärtusklassi edasist liigendamist sügavama analüüsi käigus. Ümberkodeerimine on vajalik tunnuste informatiivsuse tõstmiseks. (Tooding 2007: 91.) Juhul,

kui patsiendid valisid käesolevas töös järjestusskaalal „pigem nõus (4)“ ja „täiesti nõus (5)“, siis koondasin hinnangud töö tekstilises osas ühtseks kategooriaks „nõus“ ning see tähendas seda, et patsiendid olid kogenud õdede tegevusi patsiendikesksetena. Kui aga uuritav märkis vastuseks „ei nõus ega mitte nõus (3)“, siis võis arvata, et patsiendil puudus kas oma kindel seisukoht või ta ei osanud küsimusele vastata. Vastused „üldse mitte nõus (1)“ ja „pigem mitte nõus (2)“ koondasin ühtseks kategooriaks „ei ole nõus“. Kui patsientidel puudus kindel seisukoht või kui nad ei nõustunud hinnatava õe tegevusega, siis tähendas see seda, et nad ei olnud kogenud ka patsiendikesksust.

### 3.5. Mõõdiku valiidsuse ja reliaabluse hindamine

Arvestades patsientide keele-eelistustega ja sellega, et muuta see venekeelsele elanikkonnale arusaadavaks, sai küsimustik tõlgitud vene keelde. Mõõdiku **sisuvaliidsuse** tagamisel on oluline „edasi-tagasi“ tõlkeprotsessi käigus jälgida, et küsimuste sisu ja võime mõõta uuritavat nähtust ei läheks kaduma (Hilton ja Skrutkowski 2002, Maneesriwongul ja Dixon 2004). Venekeelse küsimustiku keelelist korrektsust ja õigsust kontrolliti ning kinnitati 26.03.2012 a tõlkebüroos AS Dialog.

Seoses mõõdiku kohandamisega patsientidele oli oluline prooviuuringu läbiviimine. Selle abil oli võimalik näha, kas küsimused olid uuritavatele üheselt mõistetavad ja mõõtsid kõiki uuritava nähtuse peamisi tunnuseid. (Burns ja Grove 2005: 42.) 07.05.-27.05.2012 toimunud prooviuuringus osalesid 30 käepäraselt valitud eesti- ja venekeelt kõnelevat SA Pärnu Haigla ortopeediaüksuse patsienti (vastamismäär 100%). Prooviuuringu käigus lisasin küsimustikku viis avatud lõpuga küsimust, saamaks teada, kas väited olid patsientide jaoks sõnastatud selgelt, arusaadavalt ja ühemõtteliselt ning kas need mõõtsid patsientide arvates patsiendikesksust. Vastavalt eksperthindajate, magistr töö juhendajate, mõõdiku autori ja prooviuuringus osalejate tähelepanekutele viisin küsimustikku muudatused, tagamaks selle paremini mõistetavust.

Patsientide ettepanekul oli olulisem muudatus seotud 5-astmelise Likerti skaalaga, mis määras ära vastaja nõustumise astme teatud väitega ja oli seotud teatud hoiaku hindamisega. Skaalast arusaamine on aga oluliselt tähtis, kuna see on üheks eeltingimuseks andmete usaldusväärsuse seisukohalt. Prooviuuringu käigus pakkusid patsiendid, et valikvastus „ei samal ega erineval arvamusel“ oleks kergemini mõistetav, kui see oleks sõnastatud vastusena „ei oska öelda“. Kuna positiivsed ja negatiivsed nõustumise astmed peavad olema sõnastatud sarnaselt, siis juhendajate

ettepanekul sai need ümber muudetud kogu skaala ulatuses järgmiselt: 1 = üldse mitte nõus, 2 = pigem mitte nõus, 3 = ei nõus ega mitte nõus, 4 = pigem nõus, 5 = täiesti nõus.

Väidete paremaks mõistmiseks sai korrigeeritud viie väite sõnastust ja sulgudesse lisatud selgitavad näited. Väite „Õed ei räägi minu asjadest kõrvaliste isikute kuuldes“, sõnastasin ümber järgmiselt: „Õed ei räägi mind puudutavatest asjadest kõrvaliste isikute (nt teised patsiendid, külastajad, koristajad) kuuldes“. „Õed arendavad pidevalt tervishoiuteenuseid minu tagasiside põhjal“ sai muudetud „Õed arendavad pidevalt patsientidele osutatavaid teenuseid minu tagasiside põhjal“. Väide „Õed dokumenteerivad minu ootused hoolduse, ravi ja nende tulemuste kohta nii, nagu ma need esitan“ muutsin „Õed dokumenteerivad minu ootused hoolduse, ravi ja nende tulemuste kohta ravidokumentidesse nii, nagu ma need esitan“. Väide „Õed teevad õendustoiminguid minuga kokku lepitud viisil“ sai muudetud „Õed teevad õendustoiminguid minuga eelnevalt kokkulepitud viisil“ ning väidet „Õed dokumenteerivad minu hinnangud õendusabi ja selle efektiivsuse kohta“ täpsustasin ja muutsin järgmiselt: „Õed dokumenteerivad minu hinnangud õendusabi ja selle efektiivsuse kohta (nt valuravi tulemusena muutused valu tugevuses ja iseloomus jne)“.

Peale küsimustiku korrigeerimist jagunes selle põhiosa alaosade kaupa järgmiselt: „Patsiendikesksuse põhiväärtused“ (6 väidet), „Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine“ (9 väidet) ja „Võrdväärne suhe kliendiga“ (18 väidet). Prooviuuringus sisse viidud suured muudatused nii järjestusskaalal kui ka väidete osas välistasid võimaluse kasutada prooviuuringus osalenud küsimustikke põhiuuringus. Olenemata sellest, et küsimustikuga oli eelnevalt läbi viidud prooviuuring, sai lisatud selle lõplikku vormi veel üks teemat laiendav avatud lõpuga küsimus eesmärgiga kaasa aidata mõõdiku arendamisele ja selle kohandamisele edasisel rakendamisel.

Mõõdiku **sisereliaablust** testisin *Cronbachi alfaga*, mille väärtused põhinevad mõõdiku eri osade omavahelistel korrelatsioonidel. *Cronbachi alfa* koefitsient võib varieeruda 0-1. Mõõdiku seesmist kooskõla hinnatakse heaks, kui *Cronbachi alfa* väärtused jäävad vahemikku 0,7-0,9. (Burns ja Grove 2005: 374-376.) Käesolevas uurimistöös ületasid *Cronbachi alfa* väärtused mõõdiku alaosade järgi aktsepteeritud piirid dimensioonides „Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine“ ja „Võrdväärne suhe patsiendiga“ ning kogu küsimustiku lõikes osutus koefitsiendi väärtuseks 0,97. Kalam-Salminen'i jt (2013) uurimistöös varieerusid *Cronbachi alfa* väärtused aga küsimustiku dimensioonide lõikes vahemikus 0,77-0,92 ja Treiman-Kiveste (2010)

magistritöös 0,72-0,91. *Cronbachi alfa* väärtused küsimustiku alaosaade kaupa on esitatud tabelis 1.

***Tabel 1. Cronbachi alfa väärtused küsimustiku alaosaade kaupa.***

<b>Küsimustiku alaosa nimetus (vaidete arv)</b>	<b><i>Cronbachi alfa</i> koefitsent</b>
Patsiendikesksuse põhiväärtused (6 väidet)	0,84
Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine (9 väidet)	0,91
Võrdväärne suhe patsiendiga (18 väidet)	0,96

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Patsientide demograafilised andmed

Uurimistöösse kaasatud patsientide keskmine vanus oli 58 aastat (SD 15,7). Noorimad vastajad olid 18-aastased (3 (1%)) ja vanim 89-aastane (1 (0,3%)). Patsientide demograafilised andmed on esitatud tabelis 2.

*Tabel 2. Patsientide demograafilised andmed.*

Demograafilised andmed		n	%	keskmine	SD
Vanus aastates	18-29	20	6,6	58	15,7
	30-39	21	7,0		
	40-49	45	14,9		
	50-59	67	22,2		
	60-69	70	23,1		
	70-79	61	20,2		
	80-89	18	6,0		
<b>Kokku</b>		<b>302</b>	<b>100,0</b>		
Sugu	naine	172	56,2		
	mees	134	43,8		
<b>Kokku</b>		<b>306</b>	<b>100,0</b>		
Rahvus	eestlane	225	73,1		
	venelane	73	23,7		
	muu	10	3,2		
<b>Kokku</b>		<b>308</b>	<b>100,0</b>		
Perekonnaseis	vallaline	45	14,7		
	abielus/vabaabielus	177	57,8		
	lahutatud/lesk	84	27,5		
<b>Kokku</b>		<b>306</b>	<b>100,0</b>		
Haridus	põhiharidus	38	12,4		
	keskharidus	88	28,7		
	kutseharidus	69	22,5		
	kõrgharidus	76	24,7		
	muu	36	11,7		
<b>Kokku</b>		<b>307</b>	<b>100,0</b>		

### 4.2. Haiglas viibimisega seotud teave

170 (54,8%) patsienti andsid hinnangu õdede patsiendikesksusele regionaalhaiglates ja 140 (45,2%) keskhaiglates. Kõige rohkem oli vastanud Põhja-Eesti Regionaalhaigla kolmest ortopeedia osakonnast (101 (32,5%)).

193 (63,9%) patsienti viibis ortopeedia ja traumatoloogia osakondades plaanilise, 108 (36,2%) erakorralise patsiendina. Kui varasem haiglakogemus oli 250 (82%) patsiendil, siis esmakordse haiglakogemuse põhjal andsid hinnangu õdede patsiendikesksusele 55 (18,0%) vastanut.

Lühim ravil viibimise periood kestis 2 päeva (26 (8,6%)), pikim aga 180 päeva (1 (0,3%)). Kõige sagedamini veedeti haiglas 7 päeva (51 (16,5%)). Keskmiseks haiglaravi pikkuseks oli 9 päeva (SD 12,7).

#### 4.3. Patsientide hinnangud õdede patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades

##### 4.3.1. Patsientide hinnangud õdede tegevusele patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel

Üle 90% patsientide hinnangul olid õed nendega avatud ja ausad ning õdede tegevus põhines patsientide individuaalsetel ootustel ja vajadustel. Samuti arvas niisama palju patsiente, et õed kohtlesid neid võrdväärselt teiste patsientidega ja pidasid neid võrdväärselt koostööpartneriks. Rohkem kui 10% patsientidest ei nõustunud sellega, et õed austasid nende õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle ning, et õed ei rääkinud neid puudutavatest asjadest kõrvaliste isikute kuulates. Patsientide hinnangud õdede tegevusele patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel on esitatud tabelis 3.

**Tabel 3. Patsientide hinnangud õdede tegevusele patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel.**

Patsiendikesksuse põhiväärtuste kohta käivad väited	Üldse mitte nõus 1	Pigem mitte nõus 2	Ei nõus ega mitte nõus 3	Pigem nõus 4	Täiesti nõus 5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
9. Õed kohtlevad mind võrdväärselt teiste patsientidega (n=304)	3 (1,0)	0 (0)	8 (2,6)	37 (12,2)	256 (84,2)
10. Õdede tegevus põhineb minu individuaalsetel ootustel ja vajadustel (n=306)	4 (1,3)	4 (1,3)	16 (5,2)	71 (23,2)	211 (69,0)
11. Õed on minuga avatud ja ausad (n=307)	2 (0,7)	0 (0)	11 (3,6)	62 (20,2)	232 (75,6)
12. Õed austavad minu õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle (n=303)	5 (1,7)	5 (1,7)	23 (7,6)	76 (25,1)	194 (64,0)
13. Õed ei räägi mind puudutavatest asjadest kõrvaliste isikute (nt teised patsiendid, külastajad, koristaja jne) kuulates (n=302)	10 (3,3)	8 (2,6)	24 (7,9)	64 (21,2)	196 (64,9)
14. Õendusabi osutamisel peavad õed mind võrdväärselt koostööpartneriks (n=301)	2 (0,7)	4 (1,3)	19 (6,3)	76 (25,2)	200 (66,4)

#### 4.3.2. Patsientide hinnangud õdede tegevusele patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel

Üle 95% patsientide hinnangul hoolitsesid õed selle eest, et hoolduse ja ravikeskkond oleks neile turvaline ja meeldiv. Samuti nõustusid rohkem kui 90% patsientidest, et õed hoolitsesid selle eest, et nad oleksid kättesaadavad ja innustasid neid iseseisva enesehooldusega toime tulema. Veerand patsientidest ei nõustunud aga sellega, et õed küsisid neilt tagasisidet osutatud tervishoiuteenuste kohta. Kõige sagedamini (21,9%) puudus patsientide seisukoht nende tagasiside põhjal läbi viidud järjepideva arendustegevuse kohta. Tabelis 4 on välja toodud patsientide hinnangud õdede tegevusele patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel.

**Tabel 4. Patsientide hinnangud õdede tegevusele patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel.**

Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmise kohta käivad väited	Üldse mitte nõus 1	Pigem mitte nõus 2	Ei nõus ega mitte nõs 3	Pigem nõus 4	Täiesti nõus 5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
15. Õed hoolitsevad selle eest, et tunneksin end teretulnuna (tutvustavad ruume, ennast jne) (n=307)	4 (1,3)	12 (3,9)	29 (9,4)	75 (24,4)	187 (60,9)
16. Õed hoolitsevad selle eest, et hoolduse ja ravi keskkond oleks mulle meeldiv (n=308)	0 (0)	2 (0,6)	12 (3,9)	68 (22,1)	226 (73,4)
17. Õed hoolitsevad selle eest, et tunneksin end hoolduse ja ravi käigus igati turvaliselt (n=309)	1 (0,3)	1 (0,3)	5 (1,6)	58 (18,8)	244 (79,0)
18. Õed hoolitsevad selle eest, et hooldus ja ravi ei raskendaks tarbetult minu pere-, töö- ja muude rollide täitmist (n=297)	4 (1,3)	2 (0,7)	28 (9,4)	84 (28,3)	179 (60,3)
19. Õed hoolitsevad selle eest, et kogu personal oleks mulle kergesti kättesaadav (n=306)	1 (0,3)	4 (1,3)	19 (6,2)	73 (23,9)	209 (68,3)
20. Õed innustavad, toetavad ja julgustavad mind iseseisva enesehooldusega toime tulema (n=305)	2 (0,7)	3 (1,0)	16 (5,2)	58 (19,0)	226 (74,1)
21. Õed hoolitsevad selle eest, et saaksin hoolduse ja ravi kohta õigeaegset infot (n=307)	1 (0,3)	6 (2,0)	29 (9,4)	74 (24,1)	197 (64,2)
22. Õed küsivad minult tagasisidet mulle osutatud tervishoiuteenuste kohta (n=302)	7 (2,3)	22 (7,3)	44 (14,6)	69 (22,8)	160 (53,0)
23. Õed arendavad pidevalt patsientidele osutatavaid teenuseid minu tagasiside põhjal (n=292)	8 (2,7)	14 (4,8)	64 (21,9)	73 (25,0)	133 (45,5)



#### 4.3.3. Patsientide hinnangud õdede tegevusele õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel

Peaaegu kõigi (92,3%) patsientide arvates vastasid õed nende küsimustele ausalt. Kolmveerand patsientidest nõustus sellega, et õed kaasasid nende lähedasi hooldusesse ja ravisse nendega kokkuleppel ning juhul, kui patsiendid ei ole võimelised oma tahet väljendama, lähtub õendusabi nende lähedaste tahtest. Samuti ei nõustunud 18% patsientidest sellega, et õed dokumenteerisid nende ootused hoolduse, ravi ja tulemuste kohta ning hinnangud õendusabi efektiivsuse kohta ravidokumentidesse nii, nagu nad need neile esitasid. Niisama paljude patsientide arvates ei planeerinud õed õendusabi koostöös patsiendiga ning ei selgitanud välja, kas neil oli olmas vajalik teave, otsustamaks oma hoolduse ja ravi üle. Ülevaate patsientide hinnangutest õdede tegevusele õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel annab tabel 5.

**Tabel 5. Patsientide hinnangud õdede tegevusele õe ja patsiendi vahelise võrdväärse suhte tagamisel.**

Võrdväärse suhte kohta käivad väited	Üldse mitte nõus 1	Pigem mitte nõus 2	Ei nõus ega mitte nõus 3	Pigem nõus 4	Täiesti nõus 5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
24. Õed võtavad kuulda kõike, mida ma oma hoolduse ja ravi kohta ütlen (n=302)	3 (1,0)	9 (3,0)	33 (10,9)	84 (27,8)	173 (57,3)
25. Õed dokumenteerivad minu ootused hoolduse, ravi ja nende tulemuste kohta ravidokumentidesse nii, nagu ma need esitan (n=286)	3 (1,0)	6 (2,1)	44 (15,4)	79 (27,6)	154 (53,8)
26. Õed planeerivad mulle osutava õendusabi minuga koostöös (n=290)	6 (2,1)	11 (3,8)	36 (12,4)	79 (27,2)	158 (54,5)
27. Õendusabi osutades arvestavad õed alati minuga kui oma elu ja tervise parima asjatundjaga (n=295)	5 (1,7)	8 (2,7)	39 (13,2)	87 (29,5)	156 (52,9)
28. Õed vastavad minu küsimustele ausalt (n=300)	3 (1,0)	1 (0,3)	19 (6,3)	78 (26,0)	199 (66,3)
29. Kui õdedel ei ole mulle vajaliku teabe andmiseks piisavalt teadmisi, siis hoolitsevad nad selle eest, et ma saaksin teabe teistest allikatest (n=298)	0 (0)	7 (2,3)	35 (11,7)	84 (28,2)	172 (57,7)
30. Õed selgitavad välja, kas mul on olemas vajalik teave, et otsustada oma hoolduse ja ravi üle (n=293)	4 (1,4)	8 (2,7)	41 (14,0)	77 (26,3)	163 (55,6)
31. Õed on minuga lugupidavad ka siis, kui nende ja minu arusaamad sellest, mis on mulle hea, on erinevad (n=293)	1 (0,3)	5 (1,7)	25 (8,5)	79 (27,0)	183 (62,5)
32. Õed kooskõlastavad minuga otsused, mis puudutavad minu õendusabi (n=292)	1 (0,3)	8 (2,7)	37 (12,7)	83 (28,4)	163 (55,8)
33. Õed selgitavad välja, mil määral ma suudan ja soovin oma hoolduses ja ravis osaleda (n=293)	5 (1,7)	9 (3,1)	28 (9,6)	71 (24,2)	180 (61,4)
34. Õed kaasavad minu lähedasi hooldusesse ja ravisse minuga kokkuleppel (n=288)	7 (2,4)	14 (4,9)	52 (18,1)	76 (26,4)	139 (48,3)
35. Õed teevad õendustoiminguid minuga eelnevalt kokkulepitud viisil (n=293)	2 (0,7)	10 (3,4)	32 (10,9)	83 (28,3)	166 (56,7)
36. Juhendamise ajal kontrollib iga õde, kas oleme üksteisteist õigesti mõistnud (n=295)	2 (0,7)	12 (4,1)	29 (9,8)	84 (28,5)	168 (56,9)
37. Õed toetavad ning juhendavad mind ja minu lähedasi seni, kuni oleme omandanud vajalikud hooldusoskused (n=291)	6 (2,1)	8 (2,7)	33 (11,3)	77 (26,5)	167 (57,4)
38. Juhendamisel keskenduvad õed sellele, mille järele ma vajadust tunnen (või mille järele minu lähedased vajadust tunnevad) (n=290)	3 (1,0)	0 (0)	45 (15,5)	81 (27,9)	161 (55,5)
39. Õed dokumenteerivad minu hinnangud õendusabi ja selle efektiivsuse kohta (nt valuravi tulemusena muutused valu tugevuses ja iseloomus jne) (n=289)	4 (1,4)	6 (2,1)	42 (14,5)	76 (26,3)	161 (55,7)
40. Kui ma ei ole võimeline oma tahet väljendama, siis lähtub õendusabi minu lähedaste tahtest (n=280)	2 (0,7)	9 (3,2)	57 (20,4)	73 (26,1)	139 (49,6)
41. Õed veenduvad selles, et tulen pärast haiglast lahkumist toime kas iseseisvalt või teiste abiga (n=292)	4 (1,4)	8 (2,7)	28 (9,6)	78 (26,7)	174 (59,6)

#### 4.3.4. Seosed patsientide hinnangute ja taustamuutujate vahel

Andmete analüüsi käigus uurisin seoseid kõikide taustamuutujate ja patsientide hinnangute vahel. Kuna analüüsi tulemusena ilmnemad vaid nõrgad seosed, siis uurimistöö konteksti arvestades tõin välja neist vaid olulisemad. Korrelatsioonianalüüsi tulemusena selgus, et patsientide vanuse ja nende hinnangute vahel esinesid statistiliselt olulised ( $p < 0,05$ ) positiivsed, kuid nõrgad seosed ( $p < 0,29$ ). Mida vanemad olid patsiendid, seda enam nad nõustusid, et õed arvestasid nendega kui oma elu ja tervise parima asjatundjatega ( $p = 0,276$ ;  $p = 0,000$ ) ning käitusid nendega lugupidavalt ka siis, kui nende omavahelised arusaamad, mis patsiendile oli hea, erinesid ( $p = 0,248$ ;  $p = 0,000$ ).

Statistiliselt olulised ( $p < 0,05$ ) erinevused gruppidevahelises võrdluses esinesid rahvuse, perekonnaseisu, soo ja patsientide hinnangute vahel. Võrreldes eestlastega nõustusid mitte-eestlased sagedamini, et nende tahtest olenemata lähtub ravi lähedaste tahtest ( $p = 0,014$ , Fisheri täpne test). Võrreldes abielus/vabaabielus ja lahutatud/lesk patsientidega nõustusid eespooltoodud väitega enam ka vallalised patsiendid ( $p = 0,006$ , Fisheri täpne test).

Võrreldes meestega kogesid sagedamini naised, et õed dokumenteerisid nende hinnangud õendusabi efektiivsuse kohta ( $p = 0,036$ , Fisheri täpne test) ning ootused hoolduse, ravi ja tulemuste kohta ravidokumentidesse nii nagu nad need esitasid ( $p = 0,041$ , Fisheri täpne test). Naised tajusid sagedamini, et õendusabi osutades arvestasid õed nendega kui oma elu ja tervise parima asjatundjaga ( $p = 0,012$ , Fisheri täpne test). Naispatsientide hinnangul selgitasid õed sagedamini välja, kas patsientidel on olemas vajalik teave otsustamiseks oma hoolduse ja ravi üle ( $p = 0,032$ , Fisheri täpne test). Naiste arvates keskenduti sagedamini juhendamisel sellele, mille järele patsiendid ja lähedased vajadust tundsid ( $p = 0,015$ , Fisheri täpne test) ning toetati ja juhendati neid lähedastega seni kuni nad olid omandanud vajalikud hooldusoskused ( $p = 0,003$ , Fisheri täpne test). Samuti olid naispatsiendid veendunud, et juhul kui nad ei ole võimelised oma tahet väljendama, lähtub õendusabi nende lähedaste tahtest ( $p = 0,003$ , Fisheri täpne test).

Erakorraliste patsientidega võrreldes kogesid plaanilised patsiendid osakonda saabudes sagedamini end oodatuna ( $p = 0,000$ , Fisheri täpne test). Nad tunnistasid sagedamini õenduspersonali kättesaadavust ( $p = 0,027$ , Fisheri täpne test), meeldivat ( $p = 0,000$ , Fisheri täpne test) ja turvalist keskkonda ( $p = 0,000$ , Fisheri täpne test). Samuti nõustusid plaanilised patsiendid sagedamini sellega, et õed dokumenteerisid nende hinnangud õendusabi ja selle efektiivsuse kohta ( $p = 0,041$ , Fisheri täpne test).

## 5. ARUTELU

### 5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

Patsiendikesksus on omane õendusele ning oluline näitaja õendusabi kvaliteedi hindamisel. Patsientide tähtsust patsiendikesksuse hindajana näitab nende vaatekohti kajastavate uurimistööde hulga suurenemine lääneriikides alates 1990-ndate aastate algusest. Eestis ei ole patsiendikesksust ortopeedia ja traumatoloogia osakondades patsientide vaatekohast varem uuritud, samas on nende hinnang patsiendikesksusele oluline, kuna patsientide taastumine ja edasine toimetulek oleneb suuresti õdede tegevustest haiglateskkonnas.

Sarnaselt Essen ja Sjöden'i (2003) ja McCabe (2004) uurimistööde tulemustele hindas üle 90% Eesti patsientidest, et õendusabi osutamisel olid õed nendega ausad. Tunnetuslikult võib oletada, et õendusabi läbiviimisel tundusid õed patsientidele usaldusväärsetena, kuna olid oma vastustes kindlad ja korrektsed. Samuti võis hinnanguid mõjutada patsientide jaoks selge ja arusaadav keelekasutus, mida kogeti ka Essen ja Sjöden'i (2003) ja McCabe (2004) uurimistöös.

Berg'i jt (2007), Land ja Suhonen'i (2009), Suhonen'i jt (2009), Suhonen'i jt (2012) uurimistöödest selgus, et patsientide hinnangul ei lähtunud õed alati nende individuaalsusest. Sarnaselt Suhonen ja Leino-Kilpi (2010) uurimistöö tulemustele tundsid ka peaaegu kõik Eesti patsiendid (92,3%), et õed arvestasid nende individuaalsete ootuste ja vajadustega. Eesti patsientide hinnanguid võis mõjutada võimalus osaleda enne haiglasse tulekut individuaalsel endoproteesimiseelsel nõustamisel, kus iga patsiendi vanust, kaasuvaid haigusi, elukeskkonda, tema ootusi ja vajadusi ning sotsiaalse abi võimalusi arvestades koostatakse plaan postoperatiivseks toimetulekuks. Cappabianca jt (2009) uurimistööst selgus, et ortopeediapatsientide jaoks on kõige olulisem vajadus aga valu juhtimine. Seega võib oletada, et Eesti patsientide hinnanguid võis mõjutada ka iga patsiendi jaoks koostatud individuaalse valutustamise plaani järgimine õdede poolt.

Patsiendikesksus on seotud patsientide õiguste tagamisega, olgu nendeks siis õigus enesemääramisele, informeeritud nõusolekule, informatsioonile, privaatsusele, konfidentsiaalsusele, vabale suhtlemisele, inimväärikusele, esindajale jne (Eesti Patsientide Esindusühing). McCance jt (2008) uurimistöös pidasid patsiendid privaatsuse tagamist patsiendikesksuse üheks olulisemaks näitajaks. Sarnaselt Woogara (2005) uurimistööle kogeti patsientide poolt ka käesolevas uurimistöös privaatsuse puudumist. Selgus, et üle 10%

patsientide hinnangul räägivad õed neid puudutavatest asjadest kõrvaliste isikute kuulates. Sellele võib olla mitu selgitust. Esiteks, silmas pidades plaaniliste patsientide kõrgemat osakaalu (63,9%) võib oletada, et privaatsuse eiramist võis põhjustada osakondade halb töökorraldus. Võimalik, et plaanilise patsiendi osakonda saabumisel võeti anamnees palatis või koridoris, kus oli pealt kuulamas abipersonal, teised patsiendid või nende külastajad. Teiseks, arvestades traumapatsientide ja operatsioonijärgsete patsientide voodirežiimi vajadusega, nende ealiste iseärasustega ja palatite ülerahvastatusega, võib oletada, et õdedel ei olnud võimalik rääkida patsiendiga vaid temale kuulda olevalt.

Võrreldes varasemate uurimistöödega (Schmidt 2003, Sjöling jt 2006, Henderson jt 2007, Lee jt 2007, Cappabianca jt 2009) kogesid peaaegu kõik Eesti patsiendid sagedamini meeldivat (95,5%) ja turvalist (97,8%) keskkonda. Samas aga ilmneseid käesolevas töös erinevused plaaniliste ja erakorraliste patsientide vaatekohtade vahel. Võrreldes erakorraliste patsientidega nõustasid plaanilised patsiendid sagedamini õdede tegevustega, millega tagati neile meeldiv ja turvaline keskkond. Seda võib pidada igati ootuspäraseks, kuna plaanilise patsiendi ettevalmistus algab hetkest, mil ta saab teada operatsiooni läbiviimise vajadusest. Samuti eeldab plaaniliste protseduuride ja operatsioonide teostamine pikemat suhtlemist patsiendiga: teavitamist tema tervislikust seisundist, ravist, hooldusest, võimalikest tagajärgedest jne. Selle käigus on patsiendil võimalik saada informatsiooni tema jaoks olulistele küsimustele ja tunda end teavitamise läbi turvalisemalt, nagu selgus ka Edwards'i (2003), Suhonen'i jt (2005a), Sjöling'i jt (2006) ja Montin'i jt (2010) uurimistöödest. Erakorralised patsiendid aga satuvad haiglasse ootamatult, nad on psühholoogiliselt ette valmistamata ning nende igapäeva elu on jäänud korraldamata. Seoses kriitilise olukorraga kogevad nad vaid õdede kiirustamist ja peaaegu olematut suhet õega. Bergi'i jt (2012) hinnangul võib erakorralisi patsiente mitterahuldav koostöö õe ja patsiendi vahel, viia usalduse puudumiseni ja ebaturvalise õhkkonna tajumiseni. Selgus, et mida sagedamini tajusid patsiendid Bergi'i jt (2012) uurimistöös õdede osavõtmatust, hoolimatust ja ebasõbralikkust, seda ebapädevamaks ja väheste teadmiste ning kogemustega õdedeks nad neid ka hindasid.

Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine kätkeb endas nii suulist kui ka kirjalikku tagasiside küsimist patsiendile osutatud tervishoiuteenuste osutamise kohta. Idvall ja Berg'i (2008) uurimistöö tulemustest selgus, et vähem kui kümnendikult Rootsi patsientidest küsiti suulist tagasisidet neile osutatud valuravi kohta. Ka käesolevast uurimistööst selgus, et ligi veerandilt patsientidelt ei küsitud tagasisidet neile osutatud tervishoiuteenuste kohta. Seda võib seletada mitmeti. Esiteks võib oletada, et suure töökoormusega seoses keskenduvad õed enam

protseduuridele kui suulisele või kirjalikule informatsiooni saamisele ja pakkumisele, mis selgus ka Nordgren ja Fridlund'i (2001), McCabe (2004) ja Oflaz ja Vurali'i (2010) uurimistöödest. Samas ei tohiks patsiendi tagasiside andmise soovi näiteks valu tugevnemise korral peegeldada kutsungikella signaal, vaid see peab põhinema õepoolisel rutiinsel ja regulaarsel valu hindamisel valuskaalaga. Teiseks ei pruugi kirjalikud tagasiside andmise vormid olla patsientide jaoks lihtsalt ja mugavalt kättesaadavad. Samuti võib põhjus olla patsientidepoolne, kuna nad ei ole harjunud suulist ja kirjalikku tagasisidet andma. Seda näitab patsientide pinnapealne suhtumine ka käesolevasse küsimustikku, kus nõustuti õe tegevusega (väide „Õed arendavad pidevalt patsientidele osutatavaid teenuseid minu tagasiside põhjal“), millega nad lühikese haiglas viibimise perioodi vältel sisuliselt kokku puutuda ei saanud. Seega võib eeltoodud väidet käsitleda kui kontrollväidet, mis näitab patsientide süvenemist käesolevasse küsimustikku. Õdede endi vähene huvi tagasiside saamise osas ei sobi kokku aga Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegiaga ning nõuab õenduspersonali teadmiste ja hoiakute muutmist. Tervishoiuteenuseid järjepidevalt hinnates ja patsientidelt tagasidet saades on võimalik muuta õendusabi kvaliteetsemaks ning seeläbi tagada patsientide suurem rahulolu õendusabiga.

Sarnaselt mujal maailmas läbi viidud uurimistöödega (Suhonen jt 2005a, Berg jt 2007, Land ja Suhonen 2009, Suhonen 2010a, Suhonen ja Leino-Kilpi 2010, Suhonen jt 2012) kogesid Eesti patsiendid sagedamini õe-patsiendi kui õe-patsiendi-lähedase vahelist koostööd. Kuigi patsiendi õigus näeb ette, et tahtest olenemata ravi puhul saab ravi üle otsustusõiguse patsiendi poolt määratud teda hästi tundev isik (Eesti patsientide esindusühing), ei lähtu õed Eestis sellest õigusest. Üle veerandi patsientide hinnangul ei nõustunud patsiendid, et õed kaasasid lähedasi hooldusesse ja ravisse nendega kokkuleppel ning neilt ei küsitud, kas tahtest olenemata ravi lähtub vajadusel patsientide lähedaste tahtest. Õdede selline suhtumine võib tuleneda asjaolust, et patsiendi- ja perekesksust on hakatud meie ühiskonnas alles hiljuti aktsepteerima ning õenduspersonalil puuduvad teadmised selle positiivsest mõjust patsiendile, tema pereliikmetele, organisatsioonile ja tervishoiusüsteemile tervikuna.

Uurimistulemustest selgus, et üle 15% patsientide hinnangul ei planeeri õed neile osutatavat õendusabi koostöös patsiendiga, ei arvesta nendega kui oma elu ja tervise parima asjatundjaga ning ei kooskõlasta patsiendiga tema õendusabi puudutavaid otsuseid. Siinkohal võib koostöö takistusteks pidada ühelt poolt patsientide ravi ja õendusabi reguleerivate ravijuhiste järgimist, mille eesmärgiks on ühtlustatud ja võrdsustatud ravi ja õendusabi tagamine patsientidele nagu selgus ka Nordgren ja Fridlund'i (2001) uurimistööst. Teisalt võib koostöö probleemide taga näha hetkel tervishoiusüsteemis valitsevat ülesannetukesksust, kus õde peab end eksperdiks teiste

elude tundmise alal. Samuti võib koostöö takistuseks olla õdede täitmata kohtadest tulenev töötavate õdede ülekoormus ja pidev ajapuudus.

Võrreldes varasemate uurimistöödega (Johansson jt 2002a, b) kogesid Eesti patsiendid sagedamini nende juhendamisega seotud tegevusi. Samas aga selgus, et ligi 15% patsientide hinnangul ei keskendunud õed juhendamisel sellele, mille järel patsiendid ja nende lähedased tegelikult vajadust tundsid, ei kontrollitud nende teadmisi ning ei toetatud ja juhendatud neid seni, kuni nad olid omandanud vajalikud oskused. Kui aga arvestada seda, et patsiendi nõustamisega tegeleb terve meeskond, kuhu kuuluvad peale õenduspersonali veel füsioterapeut ja ambulatoorses vastuvõtus endoproteesimiseelse nõustamisega tegelev õde, siis näitavad saadud tulemused vajadust juhendamise tõhustamise järel. Lisaks rõhutab vajadust sellele järel ka asjaolu, et keskmiselt üheksapäevase haiglaravi vältel ei veendutud alati patsientide toimetulekuoskustes enne nende haiglast lahkumist. Käesolevas uurimistöös nõustasid juhendamisega seotud tegevustega sagedamini naispatsiendid. Sarnaselt Johansson`i jt (2002a) ja Suhonen`i jt (2005a) uurimistööde tulemustele selgus, et ka Eesti naispatsientidel on suuremad õpivajadused ja ootused teabele. Lisaks tajusid Eesti naispatsiendid sagedamini seda, et õendusabi osutades arvestasid õed nendega kui oma elu ja tervise parima asjatundjaga. Sellest lähtuvalt võib oletada, et naispatsiendid on koostööaltimad kuid ka nõudlikumad oma tervisega seotud teabe ja juhendamise osas.

Eesti Patsientide Esindusühing rõhutab, et patsiendil on õigus tutvuda kõikide tema kohta koostatud patsiendi diagnoosi, ravi ja hoolduse kohta käivate meditsiiniliste dokumentidega. Sarnaselt Idvall ja Berg`i (2008) uurimistöö tulemustele kogesid dokumenteerimisega seotud tegevusi harvemini ka Eesti patsiendid. Käesoleva uurimistöö tulemused näitavad, et ligi 20 % patsientide hinnangul ei nõustunud nad sellega, et õed dokumenteerisid nende ootused hoolduse, ravi ja õendusabi ning selle efektiivsuse kohta nii nagu nad need esitasid. Arvestades mittekogejate suurt protsenti, võib tunnetuslikult oletada, et patsientidele ei selgitata nende õigusi ning tõenäoliselt ei võimaldata tutvuda ka nende ravi ja hooldust puudutavate ravidokumentidega. Seda kinnitavad ka Suhonen jt (2005a) uurimistöö tulemused, kus selgus, et patsiendid kogesid peaaegu olematut informatsiooni nende õiguste (3%) osas.

Sarnaselt Findik`i jt (2010), Suhonen`i jt (2010b), Suhonen ja Leino-Kilpi (2010) uurimistöödele kogesid ka käesolevas uurimistöös patsiendid vanuse suurenedes enam võrdväärse suhtega seotud tegevusi. Vanematele patsientidele tundus, et õendusabi osutades arvestasid õed nendega kui oma elu ja tervise parimate asjatundjatega ning suhtusid neisse lugupidavalt ka siis, kui

patsiendi ja õe arusaamad, mis neile on hea, erinesid. Võib oletada, et vanemate inimeste leplikkus ja tänulikkus tuleneb nende vähesest nõudlikkusest ja suurest rahulolust, et nende eest hoolitsetakse, ning arvamusest, et on keegi, kes tahab nendega suhelda ja neile tähelepanu pöörab. Samas võib nende hinnanguid mõjutada ühelt poolt ka soov jätta endast hea mulje või teiselt poolt jällegi hirm peale oma arvamuse avaldamist jääda ilma ravist ja hoolitsemisest.

## **5.2. Eetilised aspektid**

Selleks, et tagada uuritavate õigused ja võimaldada neil vabatahtlikkuse printsiibil uurimistöös osalemine, informeerin neid küsimustiku sisese juhatavas osas uurimistöö sisust ja saadavast kasust, sellest millised on nende õigused, millist pingutust neilt oodatakse ja millistest negatiivsetest mõjutustest on nad vabad. Andmete kogumise käigus tekkida võivate küsimuste, probleemide või täiendava informatsiooni saamiseks olin kättesaadav personalile ja uuritavatele e-posti ning telefoni teel. Vastamine oli uuritavate jaoks anonüümne ja vabatahtlik. Küsimustik ei sisaldanud tuvastatavaid isikuandmeid. Samuti olid uurimistöös osalenud õendusjuhid ja sidumistoa õde põhjalikult instrueeritud ja nõustusid vabatahtlikult küsimustikke jaotama.

Andmete hoidmine ja säilitamine toimub minu isiklikus arvutis kodeeritud kujul. Peale andmete sisestamist olen säilitanud täidetud küsimustikud ainult minule kättesaadavas kohas eesmärgiga võimalike vigade leidmiseks andmebaasist. Saadud andmed töötlesin statistiliselt. Tulemused olen esitanud üldistatult ning ei ole moonutanud neid viisil, mis minule kui uurijale või kellelegi teisele oleks ideoloogiliselt meelt mööda või mis kaitseksid kellegi kolmanda huve.

Uurimistulemuste esitamise juures jälgin aususe, selguse ja täpsuse põhimõtteid ning võimaldan nendega tutvuda uuritavatel ja uurimistöös osalenud haiglatel. Selleks viin haiglates peale magistr töö edukat kaitsmist läbi infotunnid. Tagasiside sisaldab kokkuvõtet küsitluse analüüsist - kui patsiendikeskused on õed oma tegevuses patsientide arvates ja millised on seosed patsientide hinnangute ja taustamuutujate vahel. Patsientidel on võimalik saada tagasisidet uurimistulemuste kohta peale magistr töö kaitsmist Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonnast. Samuti on võimalik uurimistöö tulemustest ülevaate saamiseks pöörduda otse minu kui uurija poole kas telefoni või e-maili teel.



### 5.3. Tulemuste usaldusväärsus

Andmete kogumiseks kasutasin 2008. a Ly Kalam-Salminen poolt koostatud kliendikesksust mõõtvat struktureeritud küsimustikku „Kliendikesksus õendustöös“ (*Client-Centeredness in Nursing Care*), mida eelnevalt oli testitud ja kasutatud paralleelselt Eestis ja Soomes, mõõtmaks patsiendikesksust tervishoiukõrgkoolide viimase kursuse üliõpilaste seas (Treiman-Kiveste 2010, Kalam-Samminen jt 2013). Seoses küsimustiku kohandamisega patsientidele sai selle struktuuri sisse viidud suured muudatused, mistõttu osutus küsimustiku valiidsuse seisukohalt äärmiselt oluliseks enne selle rakendamist põhiuuringus läbi viia prooviuuring.

Käesoleva uurimistöö tulemuste usaldusväärsust tõstab küsimustikele vastanute kõrge vastamismäär (98,4%). Tõenäoliselt mõjutas seda õendusjuhtide ilmselge huvi uurimistöö tulemuste kohta ja minu tihe koostöö nendega. Kõikides uurimiskeskcondades käisin isiklikult kohal ning probleemide esinemise korral toimus aktiivne suhtlemine õendusjuhtidega nii telefoni kui meili teel. Samuti võis nende suhtumist mõjutada uurimistööd tutvustav ettekanne Põhjamaade Ortopeedide Föderatsiooni 56. Kongressil, kus osalesid ka ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õendusjuhid.

Kuigi prooviuuringu tulemusena sai koostöös eksperthindajatega sisse viidud muudatused, osutus küsimustiku täitmine põhiuuringus puudulikuks kõige pikemas dimensioonis „Võrdväärne suhe patsiendiga“. Põhiuuringus avatud küsimusele vastanute hinnangul osutus küsimustik siiski raskeks ja esines probleeme küsimustest arusaamisel. Kuna keerulisest sõnastusest ebaselgeks jäänud väited kahandavad tunduvalt tulemuste usaldusväärsust, siis vajab küsimustik põhjalikku korrigeerimist enne selle kasutamist järgmistes uurimistöödes. Seega tuleb kriitiliselt üle vaadata väited, mille uuritavad kõige sagedamini vastamata jätsid. Samuti tunnistas 3,5% patsientidest, et nende tegevuste kohta, millest neil puudus ülevaade, andsid nad järjestusskaalal valikvastuse „ei nõus ega mitte nõus“. Seega võib järeldada, et avatud küsimuse lisamine küsimustiku lõppu õigustas end ja näitas, et vastusevariandi „ei nõus ega mitte nõus“ valimine võis olla tingitud asjaolust, et patsient ei olnud kokku puutunud väites kajastatud tegevusega. See aga omakorda tähendab seda, et ortopeedia ja traumatoloogia õdede lähenemisviis teatud tegevuste puhul ei ole alati patsiendikeskne. Samuti selgus põhiuuringu tulemusena, et edaspidisel küsimustiku kasutamisel tuleks sisse viia muudatused hariduse kohta käivates valikvastustes, sest need patsiendid, kellel oli keskeriharidus, olid ringitanud nii keskhariduse kui ka erihariduse valikvastuse.

Mõõdiku sisemist kooskõla iseloomustav *Cronbachi alfa* väärtus osutus kõrgeks kogu küsimustiku lõikes (0,97). Mõõdiku alaosade järgi väljusid *Cronbachi alfa* väärtused lubatud piiridest dimensioonides „Patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmine“ (0,91) ja „Võrdväärne suhe patsiendiga“ (0,96). Koefitsendi väärtused, mis on > 0,9 näitavad, et antud küsimustiku alaosades esinevad väited, mis üksteist dubleerivad ja mis vajavad mõõdiku edaspidisel kasutamisel sõnastuse korrigeerimist või ärajätmist (Tavakol ja Dennick 2011). Nt väide „Patsiendikesksuse põhiväärtuste“ dimensioonis „Õed on minuga avatud ja ausad“ ühtib sisuliselt väitega „Õed vastavad minu küsimustele ausalt“ dimensioonis „Võrdväärne suhe patsiendiga“. Seega võib oletada, et väidetele mittevastamine võis olla põhjustatud ka küsimustiku liigsest pikkusest, mistõttu patsiendid „väsisid“ vastamast keeruliselt sõnastatud ja üksteist kordavatele väidetele.

#### **5.4. Uurimistöö kitsaskohad**

Uurimistulemusi võisid mõjutada mitmed uurimistööga kaasnenud kitsaskohad. Esiteks, olid need seotud küsimustike jaotamisega. Üks patsientide kaasamiskriteeriumeid oli see, et nad oleksid võimelised vastama küsimustele iseseisvalt. Samas, arvestades keskmist haiglas viibimise perioodi (üheksa päeva), võib tõdede, et adekvaatsed vanemaealised traumapatsiendid, kelle edasine ravi ja hooldusravi jätkub tavaliselt järelravi osakondades või hooldushaiglates, ei saanud oma nõrga tervise tõttu osaleda uurimistöös ja anda hinnangut õdede tegevustele. Samuti võis erakorraliste patsientide osakaal võrreldes plaanilistega jääda tagasihoidlikumaks ka sel põhjusel, et stabiilses seisundis nooremapoolsed patsiendid, kelle puhul oli tegemist kergemate traumadega, lubati koju juba samal või operatsioonile järgnenud päeval. Kuna küsimustike jaotamisega tegelesid õendusjuhid, siis uurimistööst jäid välja ka need patsiendid, kes olid koju lubatud nädalavahetustel.

Kuigi põhisuuringu läbiviimisel on oluline jälgida, et prooviuuringus osalenu ei satuks põhiuuringusse, sest juba eelnevalt tuttav küsimustik võib mõjutada vastamist ja suhtumist küsimustesse, siis seda tagada oli raske. Nimelt on ortopeedia ja traumatoloogia osakondade patsientide puhul alati oht režiimi rikkumiste ja haavadega seotud tüsistuste tõttu uuesti haiglasse sattuda, seega ei saa ma garanteerida, et mõni prooviuuringus osaleja ei sattunud põhiuuringusse.

Teiseks, võis uurimistulemusi positiivses suunas mõjutada väidete selline paigutusviis, mis võimaldas vastamise juures sarnast käsituslaadi. Seda näitavad täidetud küsimustikud, kus õdede tegevusi kajastavatele väidetele oli ülevalt alla antud vaid kõige kõrgemad hinnangud. Tulemusi analüüsides aga selgus, et keskmiselt üheksapäevase haiglaravi jooksul võis

patsientidel olla raske hinnata väidet „õed arendavad pidevalt patsientidele osutatavaid teenuseid minu tagasiside põhjal“, sest arendustegevus on iseenesest pikaajaline protsess ja selle tulemusi näha lühikese aja jooksul pea võimatu. Samuti ei selgunud ka prooviuuringu käigus saadud tagasiside põhjal, et patsiendid ei oleks sellest väitest aru saanud või võrreldes teiste väidetega selle sagedamini vastamata jätnud. Ehkki originaalküsimustikus ei ole kontrollväiteid, võib seega seda väidet võtta kui kontrollväidet. Nimelt näitab patsientide ausaid vastuseid ja süvenemist käesolevasse küsimustikku antud väitele valikvastuse „ei nõus ega mittenõus“ vastamismäär (21,9%). Teisest küljest võisid patsiendid anda aga positiivseid vastuseid ilma küsimustikku süvenemata ka seetõttu, et olid üldiselt rahul õendusabiga.

Kolmandaks, võis süvenemist küsimustikku häirida ja uurimistulemusi mõjutada ajaline faktor. Nimelt oli küsimustike täitmine planeeritud patsiendi haiglast lahkumise päevale eesmärgiga välistada hirmu, et vastused võiksid mõjutada õendusp personali suhtumist neisse või neile osutatavasse õendusabisse. Kuigi patsientidele anti piisavalt aega küsimustike täitmiseks, on nende haiglast lahkumine seotud siiski ärevusega – murega transpordi pärast, kodus toimetulemisega vms. Viimasele viitavad ka käesoleva uurimistöö tulemused, kus selgus, et õed ei veendu alati patsientide toimetulekus pärast nende haiglast lahkumist.

Neljandaks võis patsientide hinnanguid õdede tegevusele positiivsemas suunas mõjutada statsionaarides 08.10.-25.10.2012 toimunud tervishoiutöötajate streik. Nii mitmedki osalejad kasutasid võimalust ja avaldasid toetust streigi osas ning andsid küsimustike järjestusskaalal õdede tegevustele ainult kõige kõrgemad hinnangud.

Viiendaks, eelpoolnimetatud kitsaskohti silmas pidades ja seda, et uurimistöös ei osalenud SA Narva Haigla traumatoloogia osakonna patsiendid, ei ole seega käesoleva uurimistöö tulemusi võimalik üldistada kõikidele ortopeedia ja traumatoloogia patsientidele. Samuti ei saa tulemusi üldistada teiste osakondade patsientidele. Küll aga saab arvesse võtta tulemusi ja planeerida edasisi tegevusi õenduspraktika arendamiseks.

## **5.5. Tulemuste olulisus ja rakendatavus**

Käesolev uurimistöö on vajalik õenduspraktika arendamiseks. Kuigi suurem osa patsiente koges õdede tegevusi patsiendikesksena, toob töö välja kitsaskohad, millele enam keskenduda tuleks. Samuti võimaldab töö vältida oletusi, kas õendusp personali tegevus ortopeedia ja traumatoloogia osakondades on patsiendikeskne või ei ole. Õed peavad mõistma, et patsientide hinnangud on

oteselt seotud sellega, kuidas nad tajuvad õdede tegevusi patsiendikesksuse põhiväärtuste ja patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel, eelkõige aga võrdväärse suhte tagamisel. Lisaks viitavad uurimistöös hinnatavad tegevused ka erinevatele oskustele, mis omakorda kujundavad patsientide ja nende lähedaste arusaamu õdede pädevusest, haritusest, kogemustest ning õendusest üldisemalt.

Kuna paralleelselt käesoleva uurimistööga viidi läbi teine uurimistöö „Õdede hinnangud oma patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades“, siis annab see võimaluse saadud tulemuste põhjal teha järeldused mõlemate vaatekohast. Uurimistööde tulemuste tutvustamise kaudu on võimalik kujundada õdede väärtushinnanguid patsiendikesksusest ja mõjutada nende suhtumist patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisesse ning võrdväärse suhte tagamisse.

Uurimistulemustest on kasu õendusjuhtidele personalile koolituste planeerimisel. Eelkõige on oluline tähelepanu juhtida patsiendiõigusi puudutavate teemadele. Suuremat rõhku tuleks pöörata patsientide informeerimisele nende õigustest. Samuti on oluline tõsta õdede teadlikkust õe, patsiendi ja tema lähedaste omavahelise koostöö tähtsusest. Kuna võrdväärne suhe õe ja patsiendi vahel on saavutatav läbi patsiendikeskse suhtlemise, siis peaksid õed tähelepanu suunama eriti patsientidele, kellega koostöö on vähene ning kes saavad ka vähem teavet ja juhendamist, kuigi nende vajadused teistega võrreldes on suuremad. Uurimistulemustele tuginedes on õendusjuhtidel osakondade ressursse ja võimalusi arvestades vajalik sisse viia muudatused töökorralduses. Eelkõige vajaksid ülevaatamist õendusp personali võimestamine, ajaplaneerimise võimalused ning meeskonnatöö tõhustamine. Samuti on soovitatav ruumide jaotuse ülevaatamine osakonna siseselt, tagamaks patsientidele privaatsus.

Vaatamata sellele, et veerandi patsientide hinnangul ei kogenud nad tagasiside andmist, võimaldas käesolevas uurimistöös osalemine neil tunnetada enese tähtsust õendusabi hindajana. Veelgi enam, arvestades patsiendikesksuse mõiste abstraktsusega ja sellega, et see pole piisavalt mõistetav veel siiani ka õendusp personali endale, võimaldas küsimustiku täitmine neil süveneda selle mõiste tähenduslikkusesse enese vaatekohast.

## **5.6. Uued uurimisprobleemid**

Uurimistulemused näitavad, et õdede tegevused ei ole alati patsiendikesksed. Mitmed kitsaskohad ilmnesisid patsiendikesksuse põhiväärtuste rakendamisel, patsiendisõbraliku

õhkkonna hoidmisel, eelkõige aga võrdväärse suhte tagamisel. Võib oletada, et suuremal või vähemal määral mõjutab õdede tegevusi ja väärtushinnanguid patsiendikesksusest nende töökoha kultuur, õendusjuhtimine ja organisatsiooniline pühendumine. Seega toetavad käesoleva uurimistöö tulemused vajadust edasi uurida patsiendikesksust õendusjuhtide vaatekohast.

Kuna ortopeedia ja traumatoloogia osakonnad kuuluvad haiglate struktuuris kirurgiakliinikute koosseisu, siis uurimistöösse võiks kaasata peale osakondade õendusjuhtide ka kirurgiakliinikute õendusjuhid. Lisaks annaks see terviklikuma ettekujutuse patsiendikesksusest ortopeedia ja traumatoloogia osakondades. Samas ei oleks mõistlik õendusjuhtide uurimiseks kasutada küsimustikku, kuna valim on liiga väike. Pigem oleks otstarbekohane kasutada kvalitatiivse uurimismeetodina avatud intervjuud, mis võimaldab teemasse minna sügavuti ja jõuda patsiendikesksuse tähenduseni õendusjuhtide vaatekohast. Käesoleva mõõdiku arendamise seisukohast võiks seda kasutada ka teiste osakondade patsientidel, saamaks ülevaade patsiendikesksusest sealses kontekstis. Enne mõõdiku kasutamist järgmistel patsientide gruppidel tuleks aga arvesse võtta juba käesoleva uurimistöö käigus ilmnunud kitsaskohad, viia sisse muudatused ning läbi viia uus prooviuuring.

## 6. JÄRELDUSED

Käesoleva uurimistöö tulemused põhinevad kvantitatiivsel uurimismeetodil. Uurimistöö tulemustest selgus, et peaaegu kõigi patsientide hinnangul rakendasid õed oma tegevuses patsiendikesksuse põhiväärtusi. Sarnaselt varasematele uurimistöödele nõustusid patsiendid ka käesolevas uurimuses, et õendusabi osutamisel olid õed nendega avatud ja ausad. Kuigi varasemate uurimistööde käigus on saadud vastandlikke tulemusi, põhines Eesti patsientide hinnangul õendusabi nende individuaalsetel ootustel ja vajadustel. Nii nagu mujal maailmas, nii ei lähtunud ka siinsed õed alati patsientide õigustest ja privaatsuse tagamisest. Selleks, et tulevikus kaitsta nii ennast kui ka patsiente, tuleb järelkult tähelepanu pöörata patsiendiõigusi puudutavatele teemadele, mida saaks edastada erinevate koolituste kaudu. Samuti tuleks osakonna ressursse ja võimalusi arvestades sisse viia muudatused õdede töökorralduses tagamaks niiviisi patsientidele privaatsus.

Võrreldes patsientidega mujal maailmas hindasid Eesti patsiendid sagedamini osakondade õhkkonda patsiendisõbralikuks, kuna õed hoolitsesid selle eest, et hoolduse ja ravi keskkond oleks neile turvaline ja meeldiv. Samas ilmnes vajakajäämisi õdede tegevuses ka patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmise osas. Selgus, et sarnaselt varasematele uurimistöödele on üks suurimaid kitsaskohti patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kohta tagasiside küsimine ja saamine. Käesoleva uurimustöö tulemustest selgus, et kuigi patsiendid hindasid õdede tegevusi patsiendikesksena, näitab ausate vastuste madal osakaal (21,9%) väitele „õed arendavad pidevalt patsientidele osutatavaid teenuseid minu tagasiside põhjal“, nende tagasihoidlikku süvenemist käesolevasse küsimustikku. Seega võib järeldada, et patsiendid ei ole harjunud tagasisidet andma ning tunnetama enese tähtsust tervishoiuteenuste hindajana. Selleks, et muuta osakondade õhkkond patsiendisõbralikumaks, on järelkult vaja tõhustada tagasiside saamise korda ning soodustada patsientide osalemist arendustegevustes ka selleks, et nad hakkaksid mõistma enese rolli tervishoius.

Kõige harvemini nõustusid patsiendid õdede tegevustega aga võrdväärse suhte hoidmisel. Väited, millega patsiendid ei nõustunud ning mille kohta neil puudus oma seisukoht, näitavad selgelt kitsaskohti, millele edaspidi keskenduda tuleks. Selgus, et sarnaselt varasematele uurimistöödele ei olnud õdede tegevused piisavad koostöös, juhendamises, dokumenteerimises ning lähedaste kaasamises patsiendi hooldusesse ja ravisse. Selleks, et saavutada võrdväärne suhe patsiendiga tuleb järelkult õdede tähelepanu ka siinkohal pöörata seadusandluse tundmisele

ja järgimisele, tõhustada koostööd patsiendi, eriti aga tema lähedastega ning patsiendi edasise toimetuleku tagamiseks põhjalikumalt planeerida ja läbi viia juhendamist.

Samalaadselt varasemate uurimistöödega kogesid õdede patsiendikesksust sagedamini plaanilised naispatsiendid ning vanuse suurenedes tajuti enam omavahelise koostööga seotud õendustegevusi. Tulemustele tuginedes võib järeldada, et õed peavad enam tähelepanu pöörama patsientidele, kellega koostöö osutus väheseks ning kes said vähem teavet ja juhendamist, kuigi nende vajadused teistega võrreldes olid suuremad. Kuna õdede tegevusi ja väärtushinnanguid mõjutab töökoha kultuur, organisatsiooniline pühendumine ja õendusjuhtimine, siis patsiendikesksusest põhjalikuma ülevaate saamiseks ja kitsaskohtade kõrvaldamiseks on vajalik välja selgitada õendusjuhtide arusaam patsiendikesksusest avatud intervjuu läbi.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Alajäsemete enamlevinud traumaatiliste vigastuste ravijuhend. Eesti Traumatoloogide-ortopeedide Selts, Eesti AO ALUMNI Selts, Tartu-Tallinn, 2010.  
<http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Alajaseme%20vigastuste%20ravijuhendi%20lyhiversioon.pdf> (07.11.11).

Berg, A., Suhonen, R., Idwall, E. (2007). A survey of orthopaedic patients' assessment of care using the Individualised Care Scale. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11, 185-193.

Berg, G.M., Speath, D, Sook, C., Burdsal, C., Lippoldt, D. (2012). Trauma patient perceptions of nursing care: relationships between ratings of interpersonal care, technical care, and global satisfaction. *Journal of Trauma Nursing*, 19 (2): 104-110.

Bruus, I. (2009). Patsiendikesksus eakate hooldusravis – patsientide vaatekohad. Magistritöö õendusteaduses. Tartu.

Burns, N., Grove, S.K. (2005). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. Elsevier. Missouri.

Cappabianca, A., Julliard, K., Raso, R., Ruggiero, J. (2009). Strengthening the Nurse-Patient relationship: „What is the most important thing I can do for You today?“. *Creative Nursing*, 15(39): 151-156.

Edwards, C. (2003). Exploration of the orthopaedic patient's „need to know“. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7, 18-25.

Eesti Haiglavõrgu arengukava 2003-2015. (RT I 2003, 35, 223).  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/830528> (23.12.11).

Eesti patsientide esindusühing (EPE). Patsientide õigused.  
<http://www.epey.ee/index.php?page=113> (25.11.2012).

European charter of patients' right. Basic document (2002). Active Citizenship Network. Rome.  
[http://www.patienttalk.info/european\\_charter.pdf](http://www.patienttalk.info/european_charter.pdf) (28.12.11).



Essen, L., Sjöden, P.-O. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 487-497.

Findik, U. Y., Unsar, S., Sut, N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences*, 12, 162–169.

Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1498–1508.

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, T.L. (Eds.) (1993). Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. Jossey-Bass, San Francisco.

Hayes, J. S., Tyler-Ball, S. (2007). Perception of nurses' caring behaviours by trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 14 (4): 187-190.

Heikkinen, A., Launis, V., Wainwright, P., Leino-Kilpi H. (2006). Privacy and occupational health services. *Journal of Medical Ethics*, 32, 522-525.

Henderson, A., Van Eps, M.A., Pearson, K., James, C., Henderson, P., Osborne, Y. (2007). „Caring for“ behaviours that indicate to patients that nurses „care about“ them. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2): 146-153.

Hilton, A., Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: development and testing process. *Cancer Nursing*, 25(1): 1-7.

Hoobs, J.L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*, 53(1): 52-62.

Hook, M. L. (2006). Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2): 133-143.

Idvall, E., Berg, A. (2008). Patient assessment of postoperative pain management – Orthopaedic patients compared to other surgical patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12, 35-40.

International Alliance of Patients' Organizations (IAPO). (2006). Declaration on patient-centred healthcare London. <http://www.patientsorganizations.org/declaration> (27.12.11).

International Alliance of Patients' Organizations (IAPO). (2007). What is Patient-Centred Healthcare? A review of definitions and Principles. London. (21.03.2012).  
<http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20PatientCentred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf> (21.03.2012).

Johansson, K., Hulpi, M., Salanterä, S. (2002a). Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 634–639.

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H. (2002b). Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 220-226.

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse strateegia 2011-2020. Eesti Õdede Liit. Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.  
[http://www.ena.ee/images/stories/attachments/article/507/Eesti\\_oenduse\\_ammaemanduse\\_arengu\\_strateegia.pdf](http://www.ena.ee/images/stories/attachments/article/507/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengu_strateegia.pdf) (27.12.11).

Kalam-Salminen, L., Valkonen, M.-R., Aro, I., Routasalo, P. (2013). Client-centeredness of Finnish and Estonian nursing students and the support from nursing education to develop it Student` self-evaluation. *Nurse Education Today*.

Kleiman, S. (2009). Human centred nursing. The Foundation of Quality Care. F. A. Davis Company, Philadelphia.

Land, L., Suhonen, R. (2009). Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *International Nursing Review*, 56, 131–137.

Lee, L.-L., Hsu, N., Chang, S.-C. (2007). An evaluation of the quality of nursing care in orthopaedic units. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11, 160-168.

Leplage, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21): 1555-1565.

- Lymer, U.-B., Richt, B. (2006). Patients' conceptions of quality care and barrier care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(6): 682–691.
- Maneesriwongul, W., Dixon, J.K. (2004). Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2): 175-186.
- Marcum, J., A. (2008). An Introductory Philosophy of Medicine. Humanizing Modern Medicine. Springer Science Business Media B.V. USA.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41–49.
- McCance, T., Slater, P., McCormack. (2008). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 409-417.
- McCormack, B., McCance, T. (2010). Person-Centred Nursing. Theory and Practice. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
- Montin, L., Johansson, K., Kettunen, J., Katajisto, Leino-Kilpi, H. (2010). Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthopaedic Nursing*, 29 (4): 246-253.
- Morgan, S. S., Yoder, L. H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1): 6-15.
- Nordgren, S., Fridlund, B. (2001). Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1): 117-125.
- Oflaz, F., Vural, H. (2010). The evaluation of nurses and nursing activities through the perceptions of inpatients. *International Nursing Review*, 57, 232-239.
- Olsson, L.-E., Karlsson, J., Ekman, I. (2007a). Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2): 116-125.

Olsson, L.-E., Nyström, A., Karlsson, J., Ekman, I. (2007b). Admitted with a hip fracture: patient perceptions of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5): 853-859.

Ortopeedia eriala arengukava 2000-2010.

<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/ortopeedia.pdf> (23.12.11).

Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Palese, A., Tomietto, M., Jarosova, D., Merkouris, A. (2012). A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5): 1026-1037.

Robinson, J.H., Callister, L.J., Berry, J.A., Dearing, K.A. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 600-607.

Santy, J. 2000. Orthopaedic and trauma nursing: what's in a name? *Journal of Orthopaedic Nursing*, 4, 127-129.

Schmidt, L.A. (2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4): 393-399.

Silow-Carroll, S., Alteras, T., Stepnick, L. (2006). Patient-Centred Care for Underserved Populations: Definition and Best Practices. Economic and Social Research Institute.

Silvestri, L., Ziran, B., Barrette-Grischow, M.-K., Hull, T. (2008). Is perception of nursing care among orthopaedic trauma patients influenced by age? *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12, 64-68.

Sjöling, M., Norbergh, K.-K., Malke, H., Asplund, K. (2006). What information do patients waiting for and undergoing arthroplastic surgery want? Their side of the story. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10, 5-14.

Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., Lemonidou, C., Schmidt, L.A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2010 a). Adapting the Individualized Care Scala for cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 392-403.

Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., Lemonidou, C., Schmidt, L.A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2009). European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2818–2829.

Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Papastavrou, E. (2011). Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an International comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1155-1167.

Suhonen, R., Land, L., Välimäki, M., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Lemonidou, C., Schmidt, L. A., Leino-Kilpi, H. (2010b). Impact of patient characteristics on orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualised nursing care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 8(4): 259-267.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2010). Older orthopaedic patients' perceptions of individualised care: a comparative survey. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 105-116.

Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A., Välimäki, M. (2005a). Patient's informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1167-1176.

Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 372-380.

Suhonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2005b). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3): 283-292.

Šteinmiller, J. (2009). Patsiendikesksus eakate hooldusravis – patsientide vaatekohad. Magistritöö õendusteaduses, Tartu.

Tan, K. L., Lim, L. M., Chiu, L. H. (2008). Orthopaedic patients' experience of motor vehicle accident in Singapore. *International Nursing Review*, 55 (1): 110-116.

Tavakol, M., Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.

Treiman-Kiveste, A. (2010). Tervishoiu kõrgkoolide viimase kursuse õendusüliõpilaste hinnang oma valmidusele kliendikeskseks õendustööks ning õppe mõjule selle kujunemisel. Magistritöö õendusteaduses, Tartu.

Tooding, L.-M. (1999). Andmeanalüüs sotsiaalteaduses. Tartu Ülikooli Kirjastus. Tartu.

Tooding, L.-M. (2007). Andmete analüüs ja tõlgendamine sotsiaalteadustes. Tartu Ülikooli Kirjastus. Tartu.

Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D. (2008). Professional nursing culture on a trauma unit: experiences of patients and staff. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2): 145–153.

Õendusala arengukava 2002-2015. EV Sotsiaalministeerium. Tallinn.

[https://parnu.maavalitsus.ee/et/c/document\\_library/get\\_file?uuid=65b4fdab-163e-420f-912e-3123624493b0&groupId=908048](https://parnu.maavalitsus.ee/et/c/document_library/get_file?uuid=65b4fdab-163e-420f-912e-3123624493b0&groupId=908048) (8.12.2012).

Wong, E., M.-L., Chan, S. W.-C., Chair, S.-Y. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5): 1120-1131.

Woogara, J. (2005). Patients` Privacy of the Person and Human Rights. *Nursing Ethics*, 12(3): 273-287.

**LISAD:**

**Lisa 1. Kliendikesksus õendustöös (KKÕT) (*Client-Centeredness in Nursing Care (CCNC)*)  
– eestikeelne küsimustik patsiendile**

**Lugupeetud patsient!**

Palun Teil osaleda uurimistöös „Patsientide hinnangud õdede patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades“. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada kui patsiendikesksed on ortopeedia ja traumatoloogia osakondade õed oma tegevuses patsientide arvates. Käesoleva uurimistöö vastuseid arvesse võttes on võimalik parendada õendusabi kvaliteeti ja suurendada sel viisil patsientide heaolu- ning rahulolutunnet.

Te olete sattunud uuritavate sekka, kuna viibite haiglas uurimistöö tegemise ajal (10.09.–14.10.2012). Küsimustikule vastamine on vabatahtlik. Küsimustik on anonüümne ja ei sisalda tuvastatavaid isikuandmeid. Teie nõusolek uurimistöös osaleda seisneb küsimustiku täitmisel. Teil on alati võimalus küsimustiku täitmisest keelduda või uurimistöös osalemine katkestada ilma, et see mõjutaks Teie edaspidist ravi.

Palun vastake küsimustikule iseseisvalt ning haiglast lahkumise päeval. Andke küsimustik kinnisesse ümbrikusse suletuna osakonna vanemõe kätte. Küsimustiku täitmiseks kulub aega umbes 30 minutit. Saadud andmeid kasutab uurija üldistatud kujul ja ainult käesoleva uurimistöö otstarbeks.

Uurimistulemustega on Teil võimalik tutvuda alates 2013. aasta juunist Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonnas. Kui Teil tekivad küsimused ankeedi täitmisel või soovite tagasisidet uurimistulemuste kohta, siis pöörduge otse uurija poole.

Täna, et olete nõus uurimistöös osalema!

Ülle Tammsaar

Õendusteaduse magistrant

Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond

Tel: 565 2222

E-post: [ylletammsaar@hotmail.ee](mailto:ylletammsaar@hotmail.ee)

**KLIENDIKESKSUS ÕENDUSTÖÖS (KKÕT)**  
**(CLIENT-CENTEREDNESS IN NURSING CARE (CCNC))**

**Ringitage Teile sobiv vastusevariant, vajaduse korral kirjutage vastus tühjale reale.**

**TEIE TAUSTAANDMED**

1. **Vanus:** \_\_\_\_\_aastat
2. **Sugu:**
  1. naine
  2. mees
3. **Rahvus:**
  1. eestlane
  2. venelane
  3. muu \_\_\_\_\_
4. **Perekonnaseis:**
  1. vallaline
  2. abielus/vabaabielus
  3. lahutatud/lesk
5. **Teie haridus:**
  1. põhiharidus
  2. keskharidus
  3. kutseharidus
  4. kõrgharidus
  5. muu \_\_\_\_\_

**TEAVE HAIGLAS VIIBIMISE KOHTA**

6. **Haiglasse sattumise põhjus:**
  1. plaaniline
  2. erakorraline
7. **Haiglas veedetud päevade arv:** \_\_\_\_\_ päeva
8. **Varasem haiglakogemus patsiendina:**
  1. jah
  2. ei



**Palun hinnake, kuivõrd Te olete nõus allpool toodud väidetega.**

<b>KLIENDIKESKSUS ÕENDUSTÖÖS (Client-Centeredness in Nursing Care)</b> © Ly Kalam-Salminen						
<b>PATSIENDIKESKSUSE PÕHIVÄÄRTUSED (6 väidet)</b>		<b>1 = üldse mitte nõus</b> <b>2 = pigem mitte nõus</b> <b>3 = ei nõus ega mitte nõus</b> <b>4 = pigem nõus</b> <b>5 = täiesti nõus</b>				
9	Õed kohtlevad mind võrdväärselt teiste patsientidega.	1	2	3	4	5
10	Õdede tegevus põhineb minu individuaalsetel ootustel ja vajadustel.	1	2	3	4	5
11	Õed on minuga avatud ja ausad.	1	2	3	4	5
12	Õed austavad minu õigust otsustada oma ravi ja hoolduse üle.	1	2	3	4	5
13	Õed ei räägi mind puudutavatest asjadest kõrvaliste isikute (nt teised patsiendid, külastajad, koristaja jne) kuuldes.	1	2	3	4	5
14	Õendusabi osutamisel peavad õed mind võrdväärselt koostööpartneriks.	1	2	3	4	5

<b>PATSIENDISÕBRALIKU ÕHKKONNA HOIDMINE (9 väidet)</b>		<b>1 = üldse mitte nõus</b> <b>2 = pigem mitte nõus</b> <b>3 = ei nõus ega mitte nõus</b> <b>4 = pigem nõus</b> <b>5 = täiesti nõus</b>				
15	Õed hoolitsevad selle eest, et tunneksin end teretulnuna (tutvustavad ruume, ennast jne).	1	2	3	4	5
16	Õed hoolitsevad selle eest, et hoolduse ja ravi keskkond oleks mulle meeldiv.	1	2	3	4	5
17	Õed hoolitsevad selle eest, et tunneksin end hoolduse ja ravi käigus igati turvaliselt.	1	2	3	4	5
18	Õed hoolitsevad selle eest, et hooldus ja ravi ei raskendaks tarbetult minu pere-, töö- ja muude rollide täitmist.	1	2	3	4	5
19	Õed hoolitsevad selle eest, et kogu personal oleks mulle kergesti kättesaadav.	1	2	3	4	5
20	Õed innustavad, toetavad ja julgustavad mind iseseisva enesehooldusega toime tulema.	1	2	3	4	5
21	Õed hoolitsevad selle eest, et saaksin hoolduse ja ravi kohta õigeaegset infot.	1	2	3	4	5
22	Õed küsivad minult tagasisidet mulle osutatud tervishoiuteenuste kohta.	1	2	3	4	5
23	Õed arendavad pidevalt patsientidele osutatavaid teenuseid minu tagasiside põhjal.	1	2	3	4	5

VÕRDVÄÄRNE SUHE PATSIENDIGA (18 väidet)		1 = üldse mitte nõus 2 = pigem mitte nõus 3 = ei nõus ega mitte nõus 4 = pigem nõus 5 = täiesti nõus				
24	Õed võtavad kuulda kõike, mida ma oma hoolduse ja ravi kohta ütlen.	1	2	3	4	5
25	Õed dokumenteerivad minu ootused hoolduse, ravi ja nende tulemuste kohta ravidokumentidesse nii, nagu ma need esitan.	1	2	3	4	5
26	Õed planeerivad mulle osutava õendusabi minuga koostöös.	1	2	3	4	5
27	Õendusabi osutades arvestavad õed alati minuga kui oma elu ja tervise parima asjatundjaga.	1	2	3	4	5
28	Õed vastavad minu küsimustele ausalt.	1	2	3	4	5
29	Kui õdedel ei ole mulle vajaliku teabe andmiseks piisavalt teadmisi, siis hoolitsevad nad selle eest, et ma saaksin teabe teistest allikatest.	1	2	3	4	5
30	Õed selgitavad välja, kas mul on olemas vajalik teave, et otsustada oma hoolduse ja ravi üle.	1	2	3	4	5
31	Õed on minuga lugupidavad ka siis, kui nende ja minu arusaamad sellest, mis on mulle hea, on erinevad.	1	2	3	4	5
32	Õed kooskõlastavad minuga otsused, mis puudutavad minu õendusabi.	1	2	3	4	5
33	Õed selgitavad välja, mil määral ma suudan ja soovin oma hoolduses ja ravis osaleda.	1	2	3	4	5
34	Õed kaasavad minu lähedasi hooldusesse ja ravisse minuga kokkuleppel.	1	2	3	4	5
35	Õed teevad õendustoiminguid minuga eelnevalt kokkulepitud viisil.	1	2	3	4	5
36	Juhendamise ajal kontrollib iga õde, kas oleme üksteisteist õigesti mõistnud.	1	2	3	4	5
37	Õed toetavad ning juhendavad mind ja minu lähedasi seni, kuni oleme omandanud vajalikud hooldusoskused.	1	2	3	4	5
38	Juhendamisel keskenduvad õed sellele, mille järele ma vajadust tunnen (või mille järele minu lähedased vajadust tunnevad).	1	2	3	4	5
39	Õed dokumenteerivad minu hinnangud õendusabi ja selle efektiivsuse kohta (nt valuravi tulemusena muutused valu tugevuses ja iseloomus jne).	1	2	3	4	5
40	Kui ma ei ole võimeline oma tahet väljendama, siis lähtub õendusabi minu lähedaste tahtest.	1	2	3	4	5
41	Õed veenduvad selles, et tulen pärast haiglast lahkumist toime kas iseseisvalt või teiste abiga.	1	2	3	4	5

Kui soovite antud teema kohta midagi lisada/kommenteerida, siis tehke seda siin:\_\_\_\_\_

**Tänan Teid vastuste eest!**

## **Lisa 2. *Сосредоточенность на клиенте в работе сестры – venekeelne küsimustik patsiendile***

### **Уважаемый пациент!**

Прошу Вас участвовать в моей исследовательской работе „Оценка отношения сестёр к пациентам самими пациентами в стационарных отделениях ортопедии и травматологии“. Цель исследовательской работы описать, на сколько сёстры ортопедического и травматологического отделений сосредоточены на пациентах по оценке самих пациентов. Принимая во внимание результаты этого исследования можно улучшить качество сестринского ухода, увеличивая тем самым чувство благополучия и удовлетворенности пациентов.

Возможность Вашего участия в исследовании обусловлена тем, что Вы находитесь в больнице на момент проведения исследования (10.09.-14.10.2012). Участие в анкете проводится на добровольной основе. Анкета является анонимным и не содержит никакой информации, которая может идентифицировать личность. Ваше согласие на участие в исследовании выражается в заполнении анкеты. У Вас всегда есть возможность отказаться от заполнения анкеты или прервать участие в исследовании, что не повлияет на Ваше будущее лечение.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, самостоятельно в больнице, за день до выписки. Заполненную анкету отдайте в запечатанном конверте старшей сестре отделения. Заполнение анкеты займет около 30 минут. Полученные данные используются исследователем в обобщенном виде и только с целью данного исследования.

С результатами исследования Вы можете ознакомиться, начиная с июня 2013 года, на медицинском факультете Тартуского Университета, в отделении наук о сестринском деле. Если у Вас есть вопросы о заполнении анкеты или Вы хотите обратную связь по результатам исследований, пожалуйста, свяжитесь с исследователем.

**Благодарю, за согласие участвовать в исследовании!**

Юлле Таммсаар

Магистрант отделения наук о сестринском деле

Тартуский Университет, медицинский факультет, отделение наук о сестринском деле

Тел: 565 2222

Электронная почта: [ylletammsaar@hotmail.ee](mailto:ylletammsaar@hotmail.ee)

**СОСРЕДОТОЧЕННОСТЬ НА КЛИЕНТЕ В РАБОТЕ СЕСТРЫ**  
**(CLIENT-CENTEREDNESS IN NURSING CARE (CCNC))**

Обведите кружочком подходящий вариант ответа, при необходимости впишите свой ответ в оставленное пустое место.

**ОБЩИЕ ДАННЫЕ**

- |    |                            |  |
|----|----------------------------|--|
| 1. | <b>Возраст:</b>            | _____ год(а)/лет   |
| 2. | <b>Пол:</b>                | 1. женщина<br>2. мужчина   |
| 3. | <b>Национальность:</b>     | 1. эстонец<br>2. русский<br>3. другая _____  |
| 4. | <b>Семейное положение:</b> | 1. не замужем/холост<br>2. замужем, женат/в свободном браке<br>3. разведен/вдова/вдовец  |
| 5. | <b>Ваше образование:</b>   | 1. основное образование<br>2. среднее образование<br>3. профессиональное образование<br>4. высшее образование<br>5. другое _____ |

**СВЕДЕНИЯ О ПРЕБЫВАНИИ В БОЛЬНИЦЕ**

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 6. | <b>Причина, по которой попали в больницу:</b>         | 1. плановая госпитализация<br>2. экстренная госпитализация |
| 7. | <b>Количество дней проведенных в больнице:</b>        | _____ дней   |
| 8. | <b>Лежали ли вы когда-нибудь в больнице до этого:</b> | 1. да<br>2. нет  |

Оцените, пожалуйста, насколько вы согласны с нижеприведенными утверждениями.

СОСРЕДОТОЧЕННОСТЬ НА КЛИЕНТЕ В РАБОТЕ СЕСТРЫ ( <i>Client-Centeredness in Nursing Care</i> ) © Ly Kalam-Salminen						
ГЛАВНЫЕ КРИТЕРИИ СОСРЕДОТОЧЕННОСТИ НА ПАЦИЕНТА (6 УТВЕРЖДЕНИЙ)		<b>1 = совсем не согласен</b> <b>2 = скорее не согласен</b> <b>3 = не согласен, но и не не согласен</b> <b>4 = скорее согласен</b> <b>5 = полностью согласен</b>				
9	Сестры воспринимают меня также, как и других пациентов.	1	2	3	4	5
10	Деятельность сестры зависит от моих индивидуальных ожиданий и нужд.	1	2	3	4	5
11	Сестры со мной открыты и честны.	1	2	3	4	5
12	Сестры с уважением относятся к моему праву принимать решения о собственном лечении и уходе.	1	2	3	4	5
13	Сестры не говорят о касающихся меня вещах в присутствии посторонних людей (напр. других пациентов, посетителей, уборщицы и т.п.)	1	2	3	4	5
14	При оказании мне медицинской помощи сестры считают меня своим партнером.	1	2	3	4	5

ПОДДЕРЖАНИЕ ДРУЖЕЛЮБНОЙ ОБСТАНОВКИ (9 УТВЕРЖДЕНИЙ)		<b>1 = совсем не согласен</b> <b>2 = скорее не согласен</b> <b>3 = не согласен, но и не не согласен</b> <b>4 = скорее согласен</b> <b>5 = полностью согласен</b>				
1 5	Сестры заботятся о том, чтобы я себя хорошо чувствовал (рассказывают, где что находится, представляются и т.д.)	1	2	3	4	5
1 6	Сестры заботятся о том, что бы среда заботы и лечения была для меня подходящей.	1	2	3	4	5
1 7	Сестры заботятся о том, чтобы я чувствовал себя уверенно во время лечения и процедур.	1	2	3	4	5
1 8	Сестры заботятся о том, что бы забота и лечение не осложняли ощутимо мою роль в семье, работе и в другой среде.	1	2	3	4	5
1 9	Сестры заботятся о том, что бы весь персонал бы для меня доступен.	1	2	3	4	5
2 0	Сестры мотивируют, поддерживают и направляют меня, чтобы я смог самостоятельно справиться с уходом за собой.	1	2	3	4	5
2 1	Сестры заботятся о том, что бы я заблаговременно получил информацию о лечении.	1	2	3	4	5
2 2	Сестры интересуются моим мнением в отношении оказанных мне медицинских услуг.	1	2	3	4	5
2 3	Сестры постоянно развивают оказываемые пациентам услуги на основе моей обратной связи.	1	2	3	4	5

<b>ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ (18 УТВЕРЖДЕНИЙ)</b>		<b>1 = совсем не согласен</b> <b>2 = скорее не согласен</b> <b>3 = не согласен, но и не не согласен</b> <b>4 = скорее согласен</b> <b>5 = полностью согласен</b>				
24	Сестры прислушиваются ко всему, что я говорю о своем уходе и лечении.	1	2	3	4	5
25	Сестры документируют мои ожидания об уходе, лечении и их результатах в лечебные документы так, как я их предоставляю.	1	2	3	4	5
26	Сестры планируют оказываемую мне помощь со мной вместе.	1	2	3	4	5
27	При оказании сестринской помощи, сестры всегда считаются со мной, как с лучшим знатоком своей жизни и здоровья.	1	2	3	4	5
28	Сестры отвечают на мои вопросы честно.	1	2	3	4	5
29	Если у сестер нет для меня необходимой информации, они всегда заботятся о том, чтобы я смог получить ее из других источников.	1	2	3	4	5
30	Сестры выясняют, имею ли я необходимую информацию, чтобы иметь возможность принять решение о лечении и уходе.	1	2	3	4	5
31	Сестры обращаются со мной вежливо даже тогда, когда наши мнения расходятся.	1	2	3	4	5
32	Сестры обсуждают со мной решения, которые касаются моего ухода.	1	2	3	4	5
33	Сестры наблюдают, насколько я могу и хочу участвовать в своем уходе и лечении.	1	2	3	4	5
34	Сестры подключают моих близких к моему лечению и уходу с моего согласия.	1	2	3	4	5
35	Сестры всегда проводят процедуры заранее договоренным со мной способом.	1	2	3	4	5
36	Выдавая мне инструкции, каждая сестра контролирует, правильно ли мы друг друга поняли.	1	2	3	4	5
37	Сестры поддерживают и направляют меня и моих близких до тех пор, пока мы не приобретем нужные умения по уходу.	1	2	3	4	5
38	Выдавая мне инструкции, сестры сосредотачиваются именно на том, что мне нужно (или на том, что нужно моим родственникам).	1	2	3	4	5
39	Сестры документируют мои оценки в отношении оказанной мне помощи и ее эффективности (напр. изменения в характере и силе боли после использования болеутоляющих)	1	2	3	4	5
40	Если я не в состоянии выражать свои желания, то забота обо мне основывается на решениях моих родственников.	1	2	3	4	5
41	Сестры убеждаются в том, что дома я смогу заботиться о себе самостоятельно или с чьей то помощью.	1	2	3	4	5

**Если Вы желаете что-то добавить по данной теме или прокомментировать, сделайте это здесь**

---

**Благодарю Вас за ответы!**

### **Lisa 3. Kirjalik luba mõõdiku kasutamiseks**

Saatja: Ly Kalam-Salminen <[Ly.Kalam-Salminen@metropolia.fi](mailto:Ly.Kalam-Salminen@metropolia.fi)>

Kuupäev: 19. aprill 2011 12:17

Teema: VS: TEGEMISTEST

Saaja: Airin Treiman-Kiveste <[annuke@gmail.com](mailto:annuke@gmail.com)>

Tere!

Loomulikult sinu õpilane võib kasutada minu mõõdikut. Kui aga seda kohandatakse, siis ma sooviksin seda kohandamist näha, enne kui sellega andmestikku korjatakse. Küsi selle õpilase käest, kas tema sooviks nii öeldes mõõdiku kasutamise eest ka meiega koostöös artiklit kirjutada?

Parimate tervitustega Ly

-----Alkuperäinen viesti-----

Lähetäjä: Airin Treiman-Kiveste [mailto:[annuke@gmail.com](mailto:annuke@gmail.com)]

Lähetetty: 13. huhtikuuta 2011 12:15

Vastaanottaja: Ly Kalam-Salminen

Aihe: TEGEMISTEST

## Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 214/T-II

koosolek: 23.04.2012

Vastutav uurija (asutus):

Ülle Tammsaar (Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond, Nooruse 9, 50411 Tartu)

Uurimistöö nimetus:

Patsientide hinnangud õdede patsiendikesksusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades

	Asutus, amet	Osalemine otsuse
Aime Keis	TU arstiteaduskond, lektor	+
Arvo Tikk	TU arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Naatan Haamer	TU naistekliinik, hingehoidja	+
Külli Jaako	TU arstiteaduskond, vanemassistent, teadur	+
Ruth Kalda	TU arstiteaduskond, professor	+
Kaia Kastepõld-Tõrs	TU sotsiaal-ja haridusteaduskond, lektor	+
Kristi Lõuk	TU filosoofiateaduskond, projektijuht	+
Anu Masso	TU sotsiaal-ja haridusteaduskond, lektor	+
Vallo Olle	TU õigusteaduskond, dotsent	+
Maire Peters	TU naistekliinik, teadur	+
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, dotsent	+
Oivi Uibo	TU arstiteaduskond, dotsent	+
Vahur Oöpik	TU kehakultuuriteaduskond, professor	+

Komiteele läbivaatamiseks esitatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt
2. Vastutava uurija Tammsaar Ülle CV
3. Põhijuhendaja Airin Treiman-Kiveste CV
4. Kaasjuhendaja Ilme Aro CV
5. KLIENDIKESKSUS ÕENDUSTÖÖS (KKÕT) küsimustiku kaaskiri  
СОСРЕДОТОЧЕННОСТЬ НА КЛИЕНТЕ В РАБОТЕ МЕДЦЕСТРЫ – venekeelne küsimustiku kaaskiri patsiendile
6. KLIENDIKESKSUS ÕENDUSTÖÖS (KKÕT) (CLIENT-CENTREDNESSIN NURSING CARE (CCNC))
7. СОСРЕДОТОЧЕННОСТЬ НА КЛИЕНТЕ В РАБОТЕ МЕДЦЕСТРЫ - venekeelne küsimustik patsiendile (tõlkebüroo AS Dialoog tõlkeõigsuse kinnitusega)



8. Kirjalik luba küsimustiku autorilt Ly Kalam-Salminenilt
9. Põhja-Eesti Regionaalhaigla Konfidentsiaalsusleping nr 9-105
10. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi nõusolek uuringu nr 12033 läbiviimiseks
11. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla taotlus uurimistöö läbiviimiseks
12. AS Ida-Tallinna Keskhaigla uurimistööde hindamise komisjoni otsus nr 1.1-199-12
13. SA Pärnu Haigla taotlus kliinilise ravimuuringu, teadusuuringu läbiviimiseks
14. SA Ida-Viru Keskhaigla avaldus
15. СОСРЕДОТОЧЕННОСТЬ НА КЛИЕНТЕ В РАБОТЕ МЕДСЕСТРЫ – venekeelne küsimustik patsiendile

**Komitee otsus:** Luba antud uurimistööks.

**Uuringu lõpp: Juuni 2013**

Komitee esimees: Aime Keis



Komitee vastutav sekretär: Helen Riismaa



**Väljastatud: 11.05.2012**

---

University of Tartu  
Office of Research and Development  
Ülikooli 18  
50090, Tartu, Estonia  
Phone: (+372) 7 375 514 Fax: (+372) 7 375 508

Phone: (+372) 7 375 514  
Fax: (+372) 7 375 508